

Форма сертификации проверки зрения и состояния зубов

Имя школьника: _____ Дата рождения: _____ Класс: _____
(Печатными буквами: Фамилия, Имя)

Индивидуальный номер школьника(ID): _____

Закон штата Орегон в настоящее время требует, чтобы ребенок в возрасте 7 лет и младше прошел проверку зрения и состояния зубов перед первым поступлением в школу. Для получения информации о требованиях по зрению см. [2013 Oregon HB3000 Секция 1: с \(2\)\(a\) по \(3\)\(b\)](#) Для получения информации о требованиях по состоянию зубов см. [2015 Oregon HB2972 Секция 1: с \(2\)\(a\) по \(3\)\(c\)](#)
Родители /опекуны, пожалуйста, заполните и подпишите обе сертификации - глазную и стоматологическую.

СЕРТИФИКАЦИЯ ПРОВЕРКИ ЗРЕНИЯ (Пожалуйста, отметьте то, что относится к вам)

Мой ребенок прошел проверку зрения.

Дата самой последней проверки/осмотра окулиста: _____ Было ли рекомендовано дальнейшее обследование? (обведите) Да или Нет

Имя врача/мед.работника: _____

Я уже представил/а сертификацию в школьный офис в _____

Я не буду представлять сертификацию проверки зрения /осмотра окулиста из-за моих религиозных убеждений.

Подпись родителя / опекуна

Дата

СЕРТИФИКАЦИЯ ПРОВЕРКИ СОСТОЯНИЯ ЗУБОВ (Пожалуйста, отметьте то, что относится к вам)

У моего ребенка была стоматологическая проверка в течение последних 12 месяцев.

Дата самой последней стоматологической проверки/осмотра: _____ Было ли рекомендовано дальнейшее обследование? (обведите) Да или Нет

Имя врача/мед.работника: _____

Я уже представил/а сертификацию в школьный офис в _____

Я не буду предоставлять сертификацию стоматологической проверки/осмотра врачом из-за моих религиозных убеждений.

Стоматологическая проверка является бременем для нас, т.к. :

- (A) Стоимость стоматологической проверки слишком высока;
- (B) У школьника нет доступа к специалистам, осуществляющим проверку или;
- (C) Учащийся не смог/ла назначить прием для стоматологической проверки.

Подпись родителя / опекуна

Дата