

视力和牙科筛查证明表格

学生姓名: _____ 出生日期: _____ 年级: _____

(请打印: 姓, 名)

学生 ID: _____

俄勒冈州法律现在要求 7 岁或 7 岁以下孩子第一次入学前筛查牙齿和视力。了解有关视觉要求的信息, 可以参阅 [2013 俄勒冈州 HB3000 第 1 部分: \(2\) \(a\) 至 \(3\) \(b\)](#) 了解有关牙齿要求的信息, 可以参阅 [2015 俄勒冈州 HB2972 第 1 部分: \(2\) \(a\) 至 \(3\) \(c\)](#)

请家长们/监护人同时填写并签署视力和牙齿筛查证明。

视力筛查证明 (请在合适的方框打勾)

我的孩子已经接受了视力筛查。

最近筛查或眼科检查日期: _____ 有后续建议吗? (打圆圈) 是或否

提供者的名字: _____

我之前已经提交证明给学校办公室 _____

因为我的宗教信仰, 我不提供视力筛查/检查。

家长/监护人签名

日期

牙齿筛查证明 (请在合适的方框打勾)

我的孩子在过去 12 个月已经接受了牙齿检查。

最近筛查或牙齿检查日期: _____ 有后续建议吗?(打圆圈) 是或否

提供者的名字: _____

我之前已经提交证明给学校办公室 _____

因为我的宗教信仰, 我不提供牙齿筛查/检查。

牙科筛查是一个负担, 因为:

(A) 获得牙科筛查的成本太高;

(B) 学生没有机会与筛查者联系或者;

(C) 学生不能与筛查者预约

家长/监护人签名

日期