



**SI VOUS SOUHAITEZ QU'UN OU UNE OPTOMÉTRISTE EXAMINE VOTRE ENFANT,
NE REMPLISSEZ PAS CE FORMULAIRE.**

Cher parent/tuteur, chère tutrice,

Le Bureau de la santé scolaire a le plaisir de proposer des examens gratuits de la vue et des services d'optométrie aux élèves de Pré-K, de Kindergarten et de 1^{er} grade. L'examen initial de la vue permet d'évaluer la capacité des élèves à voir les objets de près et de loin, à l'aide de tableaux optométriques et d'autres équipements, afin de déterminer si un examen ophtalmologique plus complet est nécessaire. Si l'examen n'est pas concluant, une consultation avec l'ophtalmologue sur place sera recommandée pour un examen de suivi. Cet examen est non invasif — aucun instrument ou collyre ne sera placé dans les yeux de l'élève pendant l'examen.

L'ophtalmologue sera à l'école le _____ (mm/jj/aaaa). Si nécessaire, le médecin prescrira des lunettes et le personnel du programme aidera à sélectionner les montures appropriées auprès de notre fournisseur sous contrat. Les résultats de l'examen vous seront communiqués et, dans certains cas, le médecin pourra recommander un examen complet des yeux.

Étant donné que les examens de la vue sont obligatoires en vertu de la Disposition réglementaire A-701 du chancelier, les élèves ont droit à un examen de la vue et en bénéficieront. Toutefois, les parents, tuteurs ou tutrices peuvent refuser l'examen gratuit de la vue en remplissant la section ci-dessous et en retournant ce formulaire à l'école de l'enfant. Si le formulaire n'est pas retourné, l'élève recevra un examen ophtalmologique gratuit et une paire de lunettes, si cela est recommandé.

Pour toute question sur le programme, appelez Marcia Rodriguez, responsable de l'unité de suivi, au 718-786-5154 (anglais/espagnol) ou au 855-771-3937.

Cordialement,

Thomas Phelan

Directeur, Programmes Vision du Bureau de la santé scolaire

Pour obtenir plus
d'informations sur le
programme Vision,
scannez le code QR.



Je NE SOUHAITE PAS que mon enfant bénéficie d'un examen de la vue gratuit et non invasif de la part de l'ophtalmologue et ait accès à des lunettes gratuites recommandées via le programme Vision du DOHMH.

Nom de l'élève _____

Nom du parent/tuteur, de la tutrice _____

Signature du parent/tuteur/de la tutrice _____

Date (MM/JJJ/AAAA) _____ Téléphone dans la journée _____ ÉCOLE : _____