



Programa Revisión Auditiva Exclusión Paterna Voluntaria

Estimados padres/apoderado,

El Distrito Escolar de Park City facilita pruebas auditivas gratuitas realizadas por fonoaudiólogos capacitados a las escuelas primarias a partir de Kindergarten, primero y tercer grado.

Si **NO** desea que su hijo (a) participe en las pruebas gratuitas ofrecidas por el distrito (PCSD), llene la información de abajo, firme, y devuelva a la escuela de su hijo (a).

Nombre alumno: _____ fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ grado: _____ profesor (a): _____

NO deseo que mi hijo (a) participe en las pruebas auditivas gratuitas ofrecidas por PCSD.

Nombre paterno/apoderado: _____

Firma paterna/apoderado: _____ fecha: _____

Domicilio: _____

Teléfono hogar: _____ teléfono celular: _____