

السيد(ة) الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر،

هل تعلم أن 25% من الأطفال يخفقون في اختبارات فحص النظر؟ هؤلاء التلاميذ عادة ما يحتاجون إلى نظارة طبية للقراءة أو لرؤية السبورة. يمكن لطفلكم الحصول على فحص مجاني ونظارة طبية، إذا دعت الحاجة، من خلال برنامج يتم برعاية إدارة الصحة البدنية والصحة العقلية، وإدارة التعليم، ومؤسسة (Warby Parker Eyewear) للبصريات.

سوف تخبرك مدرسة طفلك مقدماً بموعد إجراء الفحص لطفلك. نرجو التأكد من تواجد طفلك في التاريخ المحدد لتلقي هذه الخدمة حيث أن مواردنا المالية تسمح فقط بإجراء زيارة واحدة لكل مدرسة في كل عام دراسي.

سوف يتم اختبار بصر طفلك لقرّب النظر (القراءة من كتاب) وبُعد النظر (قراءة السبورة) باستخدام لوحة حروف أو رموز. لن يتم وضع أي قطرات أو أدوات في عيني طفلكم.

الأطفال الذين لا يستطيعون رؤية الحروف أو الرموز سوف يتم فحصهم بواسطة طبيب في نفس اليوم. إذا قام الطبيب بوصف نظارة طبية فسوف تساعد طفلكم في اختيار الإطار. سوف يتسلم طفلكم النظارة ومعها إرشادات حول ارتدائها بعد أسبوعين تقريباً.

إذا كنت لا ترغب في أن يتلقى طفلكم هذه الخدمات من برنامج فحص النظر، نرجو تعبئة القسم أدناه وإعادة هذه الاستمارة إلى مدرسة طفلكم.

إذا كانت لديك أية أسئلة عن هذا البرنامج، نرجو الاتصال بالسيدة/ Paula Johnson، مديرة قسم البصريات، على رقم الهاتف 718-310-2835، أو السيدة/ Marcia Rodriguez، مشرفة وحدة المتابعة، على رقم الهاتف 718-310-2875 (متحدثة بالإسبانية).

مع خالص الاحترام والتقدير،

Thomas Phelan

مدير برامج البصريات بالصحة المدرسية

## نرجو تعبئة القسيمة التالية إذا كنت لا ترغب في فحص طفلك

أقر أنا \_\_\_\_\_ (اسم الوالد(ة)) بعدم رغبتني في تلقي طفلي لهذه الخدمات من برنامج النظر التابع لإدارة الصحة البدنية والصحة العقلية (DOHMH).

اسم الطفل(ة): \_\_\_\_\_

اسم الوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر: \_\_\_\_\_

توقيع الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف خلال النهار: \_\_\_\_\_

المدرسة: \_\_\_\_\_