



NEWTON COUNTY BOARD OF EDUCATION

Junta de Educación del Condado de Newton

PARENT APPROVAL FORM *FORMULARIO DE APROBACIÓN DE LOS PADRES*

Child's Name/*Nombre de estudiante*

Child's Birth Date/*Fecha de nacimiento*

Address/*Dirección*

Telephone/*Teléfono*

I hereby give my permission for my child to be screen for vision, hearing, dental and academic readiness by qualified personnel of the Newton County Board of Education and of the Newton County Health Department.

Yo doy permiso para que mi hijo pueda tener la evaluación de la visión, el oído, dental y preparación académico por personal cualificado de la Junta de Educación del Condado de Newton y del Departamento de Salud del Condado de Newton.

Signature of Parent or Guardian/
Firma de Padre o Guardián

Date/*Fecha*

Elementary School Attendance Zone/
Zona de Asistencia Escolar Primaria