

EBM.....

Florianópolis, \_\_\_/\_\_\_/2010

Senhores Pais,

O/A seu/sua filho(a) \_\_\_\_\_  
passou pelo teste de TRIAGEM VISUAL na Escola e  
recebeu encaminhamento para consulta com médico  
oftalmologista.

Solicitamos que os senhores preencham um dos itens  
abaixo para sabermos em que situação se encontra  
cada aluno(a). E, para solicitarmos a SME/SMS o feitiço  
de óculos, caso seja necessário.

O/A meu/minha filho(a):

- ( ) consultou com médico e **necessita** óculos.
- ( ) consultou com médico e **não necessita** óculos.
- ( ) ainda **não consultou** com médico.

Tem receita médica indicando óculos?

- ( ) sim
- ( ) não

Telefone dos Pais: \_\_\_\_\_

Nome dos Pais: \_\_\_\_\_

Assinatura dos Pais: \_\_\_\_\_

Devolver preenchido e assinado até o dia \_\_\_/\_\_\_/2010

Atenciosamente,

Orientação Escolar

EBM.....

Florianópolis, \_\_\_/\_\_\_/2010

Senhores Pais,

O/A seu/sua filho(a) \_\_\_\_\_  
passou pelo teste de TRIAGEM VISUAL na Escola e  
recebeu encaminhamento para consulta com médico  
oftalmologista.

Solicitamos que os senhores preencham um dos itens  
abaixo para sabermos em que situação se encontra  
cada aluno(a). E, para solicitarmos a SME/SMS o feitiço  
de óculos, caso seja necessário.

O/A meu/minha filho(a):

- ( ) consultou com médico e **necessita** óculos.
- ( ) consultou com médico e **não necessita** óculos.
- ( ) ainda **não consultou** com médico.

Tem receita médica indicando óculos?

- ( ) sim
- ( ) não

Telefone dos Pais: \_\_\_\_\_

Nome dos Pais: \_\_\_\_\_

Assinatura dos Pais: \_\_\_\_\_

Devolver preenchido e assinado até o dia \_\_\_/\_\_\_/2010

Atenciosamente,

Orientação Escolar