

第 2 部分：仅当请求免除此要求时才由父母或监护人填写

请允许我的孩子不参加评估，因为（勾选最能描述原因的方框）：	
<input type="checkbox"/>	我找不到接受我孩子的牙科保险计划的牙科诊所。我孩子的牙科保险计划是： <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Covered California <input type="checkbox"/> Healthy Kids <input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 其他：_____
<input type="checkbox"/>	我无法负担我孩子的评估费用
<input type="checkbox"/>	我找不到时间去看牙医（例如，无法请假，牙医的办公时间不方便）。
<input type="checkbox"/>	我无法方便地去看牙医（例如，没有交通工具，距离太远）。
<input type="checkbox"/>	我认为我的孩子不会从评估中受益。
<input type="checkbox"/>	其他（请说明上面未列出您为何寻求为您的孩子免除此项评估的原因）： _____ _____
如果请求免除此要求：	
<input type="checkbox"/>	_____ MM - DD - YYYY <i>父母或监护人签名</i> <i>日期</i>

法律规定学校必须对学生的健康信息保密。根据该法律，您孩子的姓名将不会出现在任何报告中。此信息只能用于与您孩子的健康相关的目的。如果您有疑问，请致电学校健康办公室。

请于孩子入学第一学年的 5 月 1 日之前将此表交回学校健康办公室。

原件应保存在孩子的学校记录中。