



COTATI-ROHNERT PARK  
UNIFIED SCHOOL DISTRICT

I request and authorize CRPUSD to complete a vision and hearing assessment  
for my child\_\_\_\_\_.  
(student name)

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Solicito y autorizo a CRPUSD a completar una evaluación de la vista y la audición  
para mi niño \_\_\_\_\_.  
(nombre del estudiante)

\_\_\_\_\_  
Firma de padres/guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha