San Diego Unified
SCHOOL DISTRICT

Nursing & Wellness Program

REST HAVEN GLASSES FUND APPLICATION

Date: _____

If eye glasses are prescribed for _____
by the clinic provider, it is requested that the glasses be purchased with the assistance of Rest Haven Preventorium for Children.

The parents or guardian of the student obtaining the glasses agree to pay a fee of $ 25.00 in **cash** to the Rest Haven Preventorium for Children toward the purchase of the glasses.

This fee is to be brought to the clinic on the first visit. If the money is not available at the time, the appointment should be kept anyway.

NO CHECKS ACCEPTED

_____
Signature of Parent or Guardian

_____
Signature of School Nurse

Rev 7-09 - LM – Vision

San Diego Unified
SCHOOL DISTRICT

Programa de Enfermeria y Bienestar

SOLICITUD AL FONDO PROVEEDOR DE ANTEOJOS "REST HAVEN"

Fecha _____

Si el doctor de la clínica prescribe el uso de anteojos a _____
se solicita comprar los anteojos con la ayuda del Fondo Proveedor de Anteojos "Rest Haven Preventorium for Children".

Los padres o tutores del alumno que obtendrá los anteojos acuerdan pagar $ 25.00 al **contado** al Fondo Proveedor de Anteojos "Rest Haven" para cubrir parte del costo de los anteojos.

Se deberá traer esta cantidad a la clínica el día en que se haga la primera visita. Si para esa fecha no se contase con la cantidad estipulada, de cualquier manera el alumno deberá asistir a la cita.

NO SE ACEPTAN CHEQUES

_____
Firma del Padre, Madre o Tutor

_____
Firma de la Enfermera

Rev 7/09 - LM - Vision