



Region 7 Education Service Center, Kilgore, Texas 75662

NOTIFICATION OF DEVELOPMENTAL SCREENINGS

Dear Parent/Guardian:

Your child, _____, will have:

____ Vision Screening ____ Hearing Screening ____ Developmental Screening

____ Height Measured ____ Weight Obtained ____ Speech Screening

____ Blood Pressure ____ Head Circumference

Date: _____

Provider and location: _____

All parents will be notified of the results of the services that were performed.

NOTIFICACION DE EXAMENES DEL DESARROLLO

Estimado Padre/Tutor:

Su niño(a), _____, tendrá:

____ Examen de la Vista ____ Examen del Oído ____ Examen del Desarrollo

____ Medición de la Altura ____ Obtención del Peso ____ Examen del Habla

____ Presión Sanguínea ____ Circunferencia de la Cabeza

Fecha: _____

Proveedor y lugar: _____

Todos los padres/tutores serán informados de los resultados de los servicios que fueron realizados.