

SAMPLE LETTER- USE SCHOOL LETTERHEAD

দৃষ্টি পরীক্ষা

প্রিয় (শিক্ষার্থীর নাম) _____, গ্রেড _____এর
পিতামাতা

আপনার সন্তানের স্বাস্থ্য পরীক্ষা কর্মসূচির অংশ হিসেবে তার চোখের প্রাথমিক পরীক্ষা করা হয়েছিল। এতে ধরা পড়েছে যে, আপনার সন্তানের নিম্নলিখিত কোন সমস্যাগুলোর কোনটি থাকতে পারে:

_____ দূরে দেখা উভয় চোখ _____ ডান _____ বাম _____

_____ কাছে দেখা উভয় চোখ _____ ডান _____ বাম _____

যেহেতু ভালো দৃষ্টিশক্তি স্কুলে আপনার সন্তানের সাফল্য অর্জনে সহায়তা দেয়, তাই আপনার সন্তানকে ফলো-আপ চিকিৎসার জন্য চোখের ডাক্তারের কাছে নিয়ে যাওয়া উচিত।

অনুগ্রহ করে স্কুলে ফলো-আপ চিকিৎসার ফল সংযুক্ত ফরম-এ লিখিতভাবে জমা দিন। এই চিঠির তারিখ তারিখ থেকে ৩০ দিনের মধ্যে ফল স্কুলে জমা দিতে হবে।

এ বিষয়ে দ্রুত ব্যবস্থা গ্রহণের জন্য আপনাকে ধন্যবাদ।

আপনার বিশ্বস্ত,

প্রিন্সিপ্যাল

সংযুক্তি

c: Student's File