

La AUTORIZACION PARA la DIVULGACION DE INFORMACION

ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

GRADO ACTUAL: _____ No. de I.D. del estudiante: _____ SEXO: _____ M _____ F

NOMBRE DE PADRES: _____ TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ CODIGO POSTAL: _____

_____ EI PERMISO FUE ACEPTADO PARA:

_____ EI PERMISO NO FUE ACEPTADO PARA:

la escuela, la agencia, la clínica, o el profesional

dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Para COMPARTIR/INTERCAMBIAR INFORMACION CON RESPECTO AL ESTUDIANTE DENOMINADO ARRIBA CON:

la escuela, la agencia, la clínica, o el profesional

dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

EI PROPOSITO DE DIVULGAR:

NOMBRE Y DIRECCION DE LA PERSONA que INICIA ESTA PETICION:

LA INFORMACION ESPECIFICA PARA DIVULGAR O para INTERCAMBIAR:

He sido informado que tengo acceso a y puedo revisar cualquier o todos los registros de la escuela de mi niño/a y si deseo, para desafiar el contenido de los registros proporcionados por los Derechos Familiares de Educativo y la Actúa Privada (FERPA) de 1974.

FIRMA: _____

Padre/Tutor Legal

FECHA: _____