



Autorización para Publicar los Registros del Estudiante

INFORMACION DEL ESTUDIANTE			
Apellido Legal:	Nombre Legal:	Segundo Nombre Legal:	Sufijo:
Grado:		Fecha de Nacimiento:	
REGISTROS SOLICITADOS POR			
Nombre de la Escuela:		Dirección de la Escuela:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Numero de Teléfono:		Numero de Fax:	
REGISTROS PARA SER PUBLICADOS			
Solamente los cuadros seleccionados serán publicados:			
<input type="checkbox"/> Registro Acumulativo incluyendo Grados y Asistencia <input type="checkbox"/> Reporte de Calificaciones <input type="checkbox"/> Transcripción Académica <input type="checkbox"/> Pruebas Estandarizadas <input type="checkbox"/> Registro de Disciplina <input type="checkbox"/> Registro de Ubicación Especial e Informes que incluyen IEPs/504s <input type="checkbox"/> Registros de Salud/Médicos e Inmunizaciones <input type="checkbox"/> Otros Médico, Psicológico, Habla, Lenguaje y Evaluaciones de Audición <input type="checkbox"/> Otra información que ayuda en la planificación de un programa educativo apropiado para mi niño(a).			
PUBLICAR LOS REGISTROS ESCOLARES A			
Nombre de la Escuela:		Dirección de la Escuela:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Numero de Teléfono:		Numero de Fax:	
FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN LEGAL			
Yo, padre/guardián legal del estudiante mencionado arriba, autorizo la escuela mencionado arriba a publicar los documentos seleccionados a la escuela indicada. Yo entiendo que puedo examinar los registros transferidos haciendo tal petición del principal y también puedo tener todos o cualquier parte de estos registros correctamente interpretados si es necesario por el personal escolar apropiados.			
Firma del Padre/ Guardián Legal: (Requerida)		Relación del Estudiante:	Fecha: