
Doy mi consentimiento para que el Distrito Escolar de Oregon revele los registros de los estudiantes e intercambie información como se especifica a continuación de conformidad con Wis. Stat. § 118.125 y la Ley de privacidad y derechos educativos de la familia (34 CFR 99.30). Estoy legalmente autorizado para proporcionar este consentimiento. Entiendo que mi consentimiento es voluntario.

Nombre del Estudiante: _____
(Apellido, primer nombre, Inicial del segundo nombre)

Personas/organizaciones a quien corresponde revelar: _____

Número telefónica de las personas u organizacion: _____ Correo electrónico : _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Relación con el estudiante: _____

Propósito de la revelación: _____

Información Específica de la información a revelar (cheque todas las que apliquen):

- Registros de asistencias
- Registros de progresos incluyendo grados, resultados de evaluaciones, clases tomadas, inmunizaciones y actividades curriculares.
- Registro de comportamientos
- Todos los registros médicos y/o los registros relacionados con la salud
- PEI/ Registro de educación especial y reportes relacionados
- Informes de agencias como el Departamento de Niños y Familias o registros policíacos
- Otros: _____

Este permiso es válido por un año a partir de la fecha firmada o hasta la fecha siguiente : _____

Una copia de esta forma es tan efectiva como la original. Puedo revocar este permiso en cualquier momento enviando un aviso por escrito al Distrito Escolar de Oregon a la dirección anterior, pero no tendrá ningún efecto sobre la revelación de la información que ocurrió antes de que el Distrito recibiera el aviso.

Nombre del Padre / Guardián Legal (Por favor impreso)

Fecha

Firma del Padre /Guardián Legal

Firma del Estudiante (si tiene 18 o más)

Fecha