

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE #194
LAKEVILLE, MINNESOTA 55044

CONCENTIMIENTO PARA
DIVULGAR INFORMACION

Pariente / Tutor, esta forma permite que la información sobre su hijo este intercambiada. Por favor, firme y devuelva a la escuela que marque por de bajo.

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ GRADO: _____

FECHA EN LA CUAL EL ESTUDIANTE ASISTIRA LA NUEVA ESCUELA: _____

Autorizo al: DISTRITO ESCOLAR DE LAKEVILLE # 194 (por favor marque la escuela apropiada)

Century Middle School

Fax: 952.469.6103

Kenwood Trail Middle School

Fax: 952.469.3508

McGuire Middle School

Fax: 952.469.7224

Lakeville North High School

Fax: 952.469.7945

Lakeville South High School

Fax: 952.469.8383

Area Learning Center

Fax: 952.469.7171

Para obtener información de:

Nombre de la Escuela: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____ Fax #: _____

Información que se puede obtener:

(Registros de la escuela pueden ser examinados por los padres o alumnos si la edad es legal.)

• **Registros Oficiales Escolares:** (nombre, dirección, fecha de nacimiento, sexo, registro de asistencia, grados, grado, nivel de grado, posición en clase, resultados de pruebas de grupo estandarizadas)

• **Registros de Salud**

• **Registros de detección Preescolar**

• **Archivos de Educación Especial (incluidos los servicios relacionados)**

• **Observación del Maestro, Consejero, y el Personal**

• **Informes Psicológicos**

• **Abuso de Sustancias Químicas / informe de dependencias**

• **Informe Médico (incluidos los servicios relacionados)**

• **Informes sobre el trabajo social**

• **Informe psicológico o psiquiátrico**

• **Otros (especificar) _____**

• **Numero de Identificación del Estudiante en el Estado de Minnesota _____**

(a rellenar por el distrito)

Entiendo que esta autorización entra en vigor el día en el cual la
firmo. También entiendo que puedo cambiar esta autorización en cualquier momento.

_____ Mes / Día / Año: _____

Firma del pariente / Tutor