

AUTORIZACIÓN DE REVELACIÓN DE REGISTROS

Última escuela asistida: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad Estado Código

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

Registro para: \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Año escolar en 2015-2016: \_\_\_\_\_

Escuela su hija/o asistira: Círcule uno - Corbett CAPS

Aquí autorizo y pido que todos los registros que tienen que ver con el estudiante nombrado aquí sean mandados o de algún modo mandar el contenido del registro descrito al Distrito de las Escuelas de Corbett.

Registro permanente (cumulativo al presente)  
Certificado de Inmunización  
Registro de Salud  
Registro de Educación  
Registro de Comportamiento que tienen que ver con suspensión, expulsión o elegibilidad para Educación Especial  
Otros registros de programas especiales (TAG, Title I, ESL, lonches escolares, etc.)

Esta autorización será válida hasta revocación escrita por mí.

Firma de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Cuidad/Estado/Código: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Favor de mandar los registros a:  
Samantha Sanchez, Registrar  
Corbett School District #39  
35800 E. Historic Columbia River Hwy.  
Corbett, OR 97019