

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:
Jennifer Larsen, Registrar
Corbett School District #39
35800 E. Historic Columbia River Hwy.
Corbett, OR 97019