

WATERFORD UNIFIED SCHOOL DISTRICT

219 N. Reinway Ave. #2
Waterford, CA 95386
(209) 874-1809

FORMULARIO DE PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN

Con el fin de proporcionar la instrucción y asistencia más adecuadas en la escuela, doy permiso para un intercambio mutuo de evaluaciones psicoeducativas, evaluaciones psicosociales y evaluaciones médicas relacionadas con los registros de los estudiantes:

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Escuela de Asistencia: _____ Grado: _____

Entre el Distrito Escolar Unificado Waterford y lo siguiente:

(Hospital, Clínica, Médico, Asociación, or Escuela)

(Domicilio de lo de Arriba)

Nombre del Contacto Escloar: _____ No. de Teléfono _____

Domicilio: _____

_____ **Liberar toda la información.**

_____ **Liberar la información indicada:**

- _____ 1. Datos generales de identificación (nombre, dirección, fecha) de Nacimiento, Nivel de grado completado, Grados, Datos de la clase, registros de asistencia)
- _____ 2. Prueba estandarizada de logro y aptitud Puntuaciones
- _____ 3. Puntuaciones de personalidad e interés
- _____ 4. Calificaciones de los profesores

- _____ 5. Registro de actividades extraescolares
- _____ 6. Programas de educación individualizados
- _____ 7. Informes psicológicos
- _____ 8. Reportes medicos
- _____ 9. Informes psiquiátricos
- _____ 10. Otros (Especifique) _____

Fafor de regresarlo a: _____

Frima del padre/tutor: _____ Fecha: _____