



Brownsville Independent School District Records Management Department REQUEST FOR STUDENT RECORDS



Upon request of a properly qualified individual, access to a student's education record shall be granted within a reasonable period of time, not to exceed **45 days**. The District shall respond to reasonable requests for explanations and interpretations of the records. 34 C.F.R. 99.10 FL(LEGAL) Instructions: Please complete the form and email a copy of a driver's license or photo I.D to records@bisd.us. If you have any questions, please contact (956) 544-3972.

Cuando la persona sea propiamente identificada, acceso a archivos académicos serán entregados con un tiempo razonable que no pasan **45 días**. El Distrito tendrá tiempo razonable para revisar, responder e interpretar los archivos. 34 C.F.R. 99.10 FL(LEGAL) Instrucciones: Complete el formulario y envíe por correo electrónico una copia de una licencia de conducir o una identificación con foto a records@bisd.us. Si tiene alguna pregunta, comuníquese al (956) 544-3972.

Your full legal name Su nombre	:		:	Today's date Fecha	:	
Your phone number Su número telefónico	:		:	Your email Su correo electrónico	:	

FORMER STUDENT INFORMATION

Your maiden name Su nombre de soltera	:		:	Social security number Número de seguro social	:	
Last school attended? ¿Última escuela que asistió?	:		:	Date of birth Fecha de nacimiento	:	
Last school year attended? ¿Último año que asistió?	:		:	Did you graduate? ¿Se graduó?	:	

What is the record needed for?
¿Para qué necesita el archivo?

<input type="checkbox"/> College//Universidad	<input type="checkbox"/> Employment//Empleo	<input type="checkbox"/> Identification//Identificación
<input type="checkbox"/> Social Security//Seguro Social	<input type="checkbox"/> Immigration/ Inmigración	<input type="checkbox"/> Passport//Pasaporte
<input type="checkbox"/> Other _____		

Type of Copy?
¿Tipo de copia?

Non-official // No oficial Official // Oficial

Forward record to: I hereby authorize Brownsville ISD to send my transcript to the following:
Enviar archivos a: Yo autorizo al Distrito Escolar Independiente de Brownsville que mande mi archivo a:

Organization name Nombre de organización	:		:	Attention Atención a	:	
Email address Correo electrónico	:		:	Telephone Teléfono	:	
Address Dirección	:		:		:	

NOTE: A copy of your driver's license or photo I.D is required along with this form.

NOTA: Se requiere una copia de su licencia de conducir o identificación con foto junto con esta forma.

<div style="font-size: 2em; font-weight: bold; margin-bottom: 10px;">✓</div>	
Signature of Student or Parent / Legal Guardian	Date

FOR OFFICE USE ONLY							
Processed by:	Processed Date:	Closed Date:	Record Location:				
Notes:: *Mailed	*Pick-up	*Phone Verified	*No record found/memo	*Never picked-up	*Didn't send ID	* Incomplete DoB	
	*Pending Legal Doc	*Email					