



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.

Quando 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 at BISD? ¿Última escuela que asistió en BISD?	Date of birth Fecha de nacimiento
_____	_____
Last school year attended at BISD? ¿Último año que asistió en BISD?	Did you graduate? ¿Se graduó?
_____	_____

What is the record needed for? ¿Para qué necesita el archivo?	College//Universidad Social Security//Seguro Social Other _____	Employment//Empleo Immigration/ Inmigración	Identification//Identificación Passport//Pasaporte
--	---	--	---

Type of Copy? ¿Tipo de copia?	Non-official // No oficial	Official // Oficial
----------------------------------	----------------------------	---------------------

I, the parent/guardian of the student, or adult student, of whose information is being released hereby, authorize the Brownsville Independent School District and its representatives, to release the information requested to:
Yo, el padre/tutor del estudiante, o estudiante adulto, cuya información les otorgó por medio del presente, autorizo al Distrito Escolar Independiente de Brownsville y sus representantes a divulgar la información solicitada a:

Organization name Nombre de organización	Email address Correo electrónico
_____	_____
Telephone Teléfono	Fax Number Número de fax
_____	_____
Address Dirección	

The person authorized to pick up the records must present their picture identification. (Not a company)
La persona autorizada para recoger los archivos académicos debe presentar su identificación con fotografía. (No es una compañía)

Assigned Person Persona Asignada	Relationship Relacion
_____	_____

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.

✓ Signature of Student or Parent / Legal Guardian	Date
--	------

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