

SUMNER-BONNEY LAKE SCHOOL DISTRICT

A GREAT PLACE TO LEARN.



Health Services

1202 Wood Ave.
Sumner, WA 98390
(253) 891-6051

Согласие на передачу конфиденциальной информации

Кому:

Тема:

Дата рождения:

Школа:

Прошу передать следующую информацию:

Для того, чтобы в отношении данного учащегося была проведена комплексная оценка и (или) разработана учебная программа, я даю округу Sumner School District и вышеуказанному учреждению или лицу своё согласие на передачу информации, которая будет полезна для процесса планирования. В такую информацию могут входить сведения академического, социального, психологического и медицинского характера.

Я понимаю, что все полученные документы будут помещены в дело данного учащегося и предоставлены мне для ознакомления. Данная информация будет использоваться только для целей планирования школьной программы данного учащегося. Это право предоставляется мне Законом 1974 года о правах семьи на образование и неприкосновенность частной жизни (Family Educational Rights and Privacy Act).

Имя родителя/опекуна (печатными

буквами): Подпись:

Адрес:

Город, штат, индекс:

Номер телефона: Дата

подписания:

Отношение подписавшего к
учащемуся:

☐ Родитель

☐ Опекун

☐ Взрослый
учащийся

☐ Суррогат

Прошу передать следующую
информацию по адресу: **Sumner-
Bonney Lake School District**
Attention: Health Services
1202 Wood Avenue
Sumner, WA 98390
Факс: 253-891-6109

Дата отправления
Родителю/опекуну: _____

Дата отправления
учреждению: _____