



МАУНТ-ВЕРНОН-СІТІ ШКОЛА РАЙОН

Офіс з Учень Персонал Послуги

Маунт-Вернон, Нью-Йорк 10550

телефон: (914) 358-2380 Факс: (914) 665-5170

СІМ'Я НАВЧАЛЬНА ПРАВА І КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ
АКТ СТУДЕНТСЬКИЙ ОБЛІК ВІДПУСТКУ

Ім'я студента: _____ Студент DOB: _____

Дозвіл студента на розкриття інформації

Закон про права сім'ї на освіту та конфіденційність (FERPA) – це федеральний закон, який встановлює вимоги щодо конфіденційності студентських записів. Щоб отримати повну інформацію щодо FERPA, відвідайте веб- [сторінку https://www2.ed.gov/policy/gen/guid/fpco/ferpa/index.html](https://www2.ed.gov/policy/gen/guid/fpco/ferpa/index.html) Ви також можете попросити копію відповідних нормативних актів в Окрузі .

Авторизований Згода для Звільнення з Записи

Я розумію, що відповідно до положень Закону про сімейні права на освіту та конфіденційність (FERPA) 1974 року з поправками ці записи не будуть передані третім особам без мого дозволу. Цим я дозволяю Шкільному округу Маунт-Вернон-Сіті обговорити та/або розкрити вказані нижче освітні документи для вищезазначеного учня наступним особам:

Ім'я уповноваженої(их) особи(осіб), якій записи можуть бути розкриті та/або обговорені: _____

Відносини до учня: _____

Адреса: _____ Місто: _____ Штат: _____ Поштовий індекс: _____

Метою цього розголошення є: _____

Записи, які можуть бути розкриті та/або обговорені, включають: _____

Будь ласка перевірка все що застосовувати:

☐	Повний Стенограма	☐	поточний Оцінки	☐	досягнення Тест Оцінки
☐	NYS Оцінка Оцінки	☐	Індивідуалізований Освіта Програма (IEP)	☐	Соціальна історія
☐	Психологічний Оцінка	☐	Освітній Оцінка	☐	Мовлення Оцінка
☐	Медичний Оцінка	☐	Неврологічний Оцінка	☐	Психіатричний Оцінка
☐	Імунізація Записи	☐	Інший:		

Якщо документів є розкрито до в вище ідентифіковані особа(и), я цим запит а копія з сказав записи надати мені (обведіть один): так ☐ ні ☐

Я уважно прочитав вищезазначений дозвіл і повністю розумію значення та намір цього документ. Я розумію, що вищезазначене звільнення залишатиметься в силі, доки я не скасую його в письмовій формі. Я підтверджую, що я підписав цей дозвіл добровільно.

Ім'я батька (друкованим шрифтом): _____

Підпис батьків: _____ Дата: _____