



Community Consolidated School District 15

580 North 1st Bank Drive
Palatine, Illinois 60067
847-963-3000

Por favor, envíe los registros por correo electrónico a recordsrequest@ccsd15.net

Consentimiento para Obtener Información

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ ID#: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Zona Postal: _____

Nombre de la Escuela: _____ Grado: _____

Nombre de la Escuela Anterior: _____ Distrito: _____

Yo, por este medio autorizo al Distrito Consolidado Escolar Público 15 obtener información del estudiante arriba mencionado.

Yo, por este medio autorizo al Distrito Consolidado Escolar Público 15 proporcionar información concerniente al estudiante arriba mencionado.

Yo, por este medio autorizo al Distrito Consolidado Escolar Público 15 intercambiar información entre la escuela y la persona designada.

Completado por la escuela.

A: _____ DE: _____

Para el propósito de: _____

Marque los que son pertinentes: Por teléfono Por correspondencia Personalmente

La siguiente información puede ser proporcionada: (marque todo lo que aplica)

Registros Escolares Registros del Plan 504 Registros de Disciplina

Registros de Educación Especial Registros de Asistencia Registros de Salud

Otra: _____

Entiendo que esta autorización se caducará en un año a partir de la fecha del otorgamiento del consentimiento.

Entiendo que puedo revocar el consentimiento en cualquier momento y que la revocación debe ser fechada y por escrito.

Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar, copiar y cuestionar la información contenida en los registros recibidos.

Doy fe de que soy uno de los padres o tutores legales del estudiante arriba mencionado y que tengo la autoridad para firmar este consentimiento.

Firma de uno de los Padres o Tutor(es)

Fecha

Relación con el estudiante

Firma del Estudiante (si tiene 12 años o más)

Fecha