

Great Valley School District

100 Lindenwood Drive
Malvern, PA 19355
610-889-2125
www.gvsd.org



PERMISO PARA DIVULGAR/OBTENER INFORMACIÓN

Estudiante: _____ **DOB:** _____

Escuela: _____ **Grado actual:** _____

Por la presente, doy permiso al Distrito Escolar de Great Valley para divulgar / obtener la información que se indica a continuación. Esta información se divulgará a/se obtendrá de:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Fax: _____

Se divulgará/obtendrá la siguiente información:

Registros oficiales de la escuela (asistencia, boletas de calificaciones, etc.)

Puntajes de pruebas estandarizadas (es decir, evaluación estandarizada, evaluaciones estatales)

Documentos de educación especial (es decir, IEP, informes de evaluación)

Evaluación de superdotados/GIEP

504 documentos

Registros de salud/médicos (vacunas, planes de salud individuales, etc.)

Comunicación verbal con el personal

Otro: _____

Firma principal

Fecha*

Firma del estudiante (si es mayor de 14 años de edad solo por salud mental)

Fecha*

*Este consentimiento expirará un año a partir de esta fecha, a menos que se revoque antes por escrito.