



ESCOLAS PÚBLICAS DE BARNSTABLE

Liberação de informações confidenciais

Eu, _____ residindo no endereço _____
(Pai/mãe/responsável legal)

por meio deste autorizo a escola pública de Barnstable (identificada abaixo) e a agência (identificada abaixo), para trocar, compartilhar, e/ou divulgar informações contidas em arquivos educacionais, médicos e/ou de tratamento da minha criança:

_____	_____	_____
Nome da criança	Data de nascimento	Série
_____	_____	_____
Nome da escola	Nome da agência	
_____	_____	_____
Endereço	Endereço	
_____	_____	_____
Telefone	Telefone	
_____	_____	_____
E-mail/fax	E-mail/fax	

O motivo ou necessidade da divulgação é para facilitar:

- uma avaliação educacional (transcrição)
 o desenvolvimento de estratégias relacionadas a educação/comportamento
 uma colocação adequada
 outro (_____)

Eu compreendo que esta informação será compartilhada entre pessoas envolvidas na educação da minha criança.

Esta autorização pode ser cancelada por mim à qualquer momento. **Sem a minha anulação expressa, esta autorização vencerá automaticamente em 12 meses.**

_____ Data

Assinatura do pai/mãe/responsável legal