



Public Schools of the Tarrytowns

AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE REGISTROS

Yo, _____ de _____
Nombre del padre/tutor legal Nombre del estudiante y fecha de nacimiento

doy mi consentimiento a, _____
Escuela, agencia o clínica liberando la información

_____, _____
Numero de telefono Numero de fax

Para liberar cualquier registro e información que pida o requiera el personal de las Escuelas
Públicas de los Tarrytowns.

Registros Solicitados:

Medico

Educacional

Psicologico/ Psiquiatrico

Educacion Especial

Notas/Calificaciones

Otros registros pertinentes de la escuela/agencia

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha