

**特雷迪芬-伊斯特唐學區**  
**行政辦公室**  
**940 West Valley Road.Suite 1700**  
**Wayne, PA 19087**

**學生記錄發佈**  
**家長同意書**

日期：  
學生：  
出生日期：  
學校：  
年級：

本人，\_\_\_\_\_，特此授權特雷迪芬-伊斯特唐學區 (Tredyffrin/Easttown School District) 透過個人化學生服務部門取得、發佈並和以下人員通訊：

|                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| 姓名 / 職稱 / 機構：_____ | 姓名 / 職稱 / 機構：_____ |
| 地址：_____           | 地址：_____           |
| 電話：_____           | 電話：_____           |

請勾選一項：

\_\_\_\_\_ 從我的學生記錄轉發的資訊將包括下方具體勾選的項目：  
\_\_\_\_\_ 上述專業 / 機構要求的資訊將包括下方具體勾選的項目：

|                                                                                                                                             |                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| _____ 完成特殊教育記錄： 評估報告、專家報告、<br>個別教育計劃 (IEP)、建議教育安排通知 (NOREP)<br>_____ 精神科評估、社會工作者報告支援資訊<br><br>_____ 病史 / 評估<br>_____ 出院摘要<br>_____ 出席率與醫療記錄 | _____ 學校報告、學術與獎懲記錄、成績單、標準化<br>測驗資料、教學支援干預<br>_____ 口頭 / 書面通訊，心理學家輔導員、教師、護<br>士、校長或其他學區人員<br>_____ 其他 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|

本同意將自本授權之日開始且將於一年後到期，除非我在這段期間內撤銷同意。本人，即署名者，特此確認已在本授權執行前閱讀，且完全了解本發佈之性質。所有發佈的資訊都將以機密方式處理，且遵守聯邦與州法規。

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
家長簽名

本資訊來自機密性受法律保護的記錄。嚴禁未經家長 / 監護人以及學生（如需要）書面同意複製本資訊。