ST. JOSEPH
SCHOOL DISTRICT

Autorización para la Divulgación de Registros/Expediente **Form: RM 1**

Este formulario se utiliza para solicitar expedientes académicos de estudiantes que asistieron por última vez al Distrito Escolar de Saint Joseph (SJSD). Tenga en cuenta que el formulario debe completarse en su totalidad; de lo contrario, el trámite podría demorarse. El Distrito Escolar de Saint Joseph cumple con la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA) y solo entregará expedientes a estudiantes mayores de 18 años. Los padres o tutores que soliciten expedientes escolares de estudiantes menores de 18 años deben presentar una identificación válida. Cualquier otra persona que solicite expedientes académicos debe proporcionar la autorización e identificación correspondientes

En cumplimiento de la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar de 1974 (FERPA), por la presente autorizo a _____ o al Centro de Registros del Distrito Escolar de St. Joseph a divulgar los
(School Name)
siguientes expedientes académicos del estudiante (especificados a continuación) para
_____, _____.
(Student Name) (Date of Birth)

Método de divulgación: ( ) Inspección ( ) Copia

Motivo de la solicitud: Empleo ☐ Educación ☐ Uso Personal ☐ Inmigración/Ley de Inmigración Diferida ☐ Otro: _____

Contenido del expediente académico: (Marque todos los tipos de documentos que se divulgarán.)

☐	Expediente académico/Boletín de calificaciones	☐	*Historial médico completo
☐	Acta de nacimiento	☐	*Resumen de vacunación
☐	Historial académico completo	☐	*Registro de medicamentos
☐	Resultados de las pruebas MAP, ACT y SAT	☐	*Informe disciplinario
☐	*Historial de asistencia/Traslados	☐	*Plan de educación individualizada/Evaluación para servicios especiales

* Tenga en cuenta que los registros mencionados anteriormente no se conservan de forma permanente, según lo estipulado en las regulaciones del Estado de Missouri.

Por favor, ENVÍE la información del expediente del estudiante a:

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad/Estado: _____ Código P: _____
Teléfono: _____Fax: _____
Email: _____

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad/Estado: _____ Código P: _____
Teléfono: _____Fax: _____
Email: _____

_____
(Fecha)

_____
(Firma del padre/tutor/estudiante (si es mayor de 18 años)

Por favor, envíe este formulario completo y firmado por fax o correo postal a la escuela o al Departamento de Registro.

Records Department
2725 Pear Street
St. Joseph, MO 64503
Telephone: 816.671.4070
Fax: 816.671.4071
Email: records.manager@sjsd.k12.mo.us

For Office Use Only: ☐ **PHOTO IDENTIFICATION PRESENTED**
Request Fulfilled by: ☐ Mail ☐ Secured Fax ☐ Email ☐ Issued to requestor

Date Completed: _____ Initials: _____ Fee: $_____ # of Pages: _____

*Fee: $.10 per copy Acceptable Payment: Cash, Checks or Money Orders payable to the St. Joseph School District

Revised: 01/05/2023