



CIDADE DE MONTE VERNON ESCOLA DISTRITO

Escritório de Aluno Pessoal Serviços

Monte Vernon, Nova York 10550

Telefone: (914) Fax 358-2380: (914) 665-5170

**FAMÍLIA EDUCACIONAL DIREITOS E PRIVACIDADE
FORMULÁRIO DE LIBERAÇÃO DE REGISTROS DE
ESTUDANTES DO ACT**

Nome do aluno: _____ Data de nascimento do aluno: _____

Autorização do Aluno para Divulgação

A Lei dos Direitos Educacionais e Privacidade da Família (FERPA) é uma lei federal que estabelece requisitos relativos à privacidade dos registros dos alunos. Para obter informações completas sobre a FERPA, visite <https://www2.ed.gov/policy/gen/guid/fpco/ferpa/index.html> Você também pode solicitar uma cópia dos regulamentos relevantes do Distrito.

Autorizado Consentimento para Liberar de Registros

Entendo que, de acordo com as disposições da Lei dos Direitos Educacionais e da Privacidade da Família (FERPA) de 1974, conforme alterada, esses registros não serão divulgados a terceiros sem a minha aprovação. Eu, por este meio autorizo O Distrito Escolar da Cidade de Mount Vernon deve discutir e/ou divulgar os registros educacionais abaixo identificados do aluno acima para o(s) seguinte(s) indivíduo(s):

Nome da(s) Pessoa(s) Autorizada(s) a quem os registros podem ser divulgados e/ou discutidos: _____

Relacionamento com o Aluno: _____

Endereço: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

O objetivo desta divulgação é: _____

Os registros que podem ser divulgados e/ou discutidos incluem: _____

Por favor verificar todos que aplicar:

☐	Completo Transcrição	☐	Atual Notas	☐	Conquista Teste Pontuações
☐	NYS Avaliação Pontuações	☐	Individualizado Educação Programa (IEP)	☐	História Social
☐	Psicológico Avaliação	☐	Educacional Avaliação	☐	Linguagem fonoaudiológica Avaliação
☐	Médico Avaliação	☐	Neurológico Avaliação	☐	Psiquiátrico Avaliação
☐	Imunização Registros	☐	Outro:		

Se documentos são divulgado para o acima identificado pessoas), EU por este meio solicitar a cópia de de disse registros ser fornecido a mim (Círculo Um): ☐ sim ☐ não

Li atentamente a autorização acima e compreendo perfeitamente o significado e a intenção deste documento. Entendo que a liberação acima permanecerá em vigor até ser retirada por mim por escrito. Afirmo que assinei esta autorização voluntariamente.

Nome dos Pais (Impressão): _____

Assinatura de Pai: _____ Data: _____