



CENTRAL DAUPHIN SCHOOL DISTRICT

75 SOUTH HOUCKS ROAD
HARRISBURG, PA 17109

Phone ☎ 717.545.4703

Fax ☎ 717.657.4999

तेस्रो पक्षलाई गोप्य अभिलेखहरू उपलब्ध गराउन वा तेस्रो पक्षबाट त्यस्ता अभिलेखहरू प्राप्त गर्न अनुमतिको लागि अनुरोध

विद्यार्थीको नाम: _____ जन्म मिति: _____

कक्षा: _____ विद्यालय: _____

तलको हस्ताक्षरको माध्यमबाट, सेंट्रल डॉफिन स्कूल डिस्ट्रिक्ट मेरो बच्चाको लागि गोप्य रेकर्डहरू जारी गर्न वा प्राप्त गर्न अधिकृत छ। यो रिलीज हस्ताक्षर गरेको मितिबाट एक वर्षको लागि लागू रहनेछ।

अभिलेखहरू देहायका तेस्रो पक्षलाई जारी वा प्राप्त गरिनेछ:

कृपया तेस्रो पक्षको बारेमा तल जानकारी प्रदान गर्नुहोस्:

ठेगाना: _____ फेक्स: _____

सिटी: _____ स्टेट: _____ ज़िप कोड: _____

फोन नंबर: _____ ईमेल: _____

कृपया तपाईंले रिलीज गर्न चाहनुभएको रेकर्डको बाकसमा चिन्ह लगाउनुहोस :

- | | |
|---|---|
| ☐ स्कूलको रेकर्डहरू, ग्रेडहरू | ☐ स्टैंडरडाइज्ड टेस्ट स्कोरहरू |
| ☐ ट्रांसक्रिप्टहरू | ☐ टीम रिपोर्ट(हरू) |
| ☐ मनोवैज्ञानिक/परामर्शदाताको रिपोर्ट | ☐ NORA/IEPs/504 प्लान/GIEPs |
| ☐ मनोचिकित्सक, शिक्षक र / वा परामर्शदाता अवलोकनहरू | ☐ हेल्थ रेकर्डहरू |
| | ☐ अन्य _____ |

अभिभावकको हस्ताक्षर _____ मिति: _____

(यदि विद्यार्थी १८ वर्षभन्दा कम उमेरको छ भने)

विद्यार्थीको हस्ताक्षर _____ मिति: _____

(यदि विद्यार्थी १८ वर्षभन्दा बढी उमेरको छ भने)