



CENTRAL DAUPHIN SCHOOL DISTRICT

75 SOUTH HOUCKS ROAD

HARRISBURG, PA 17109

Phone ☎ 717.545.4703

Fax ☎ 717.657.4999

طلب إذن للإفصاح عن سجلات سرية أو استلامها من/إلى طرف ثالث

اسم الطالب: _____

تاريخ الميلاد: _____

الصف الدراسي: _____

المدرسة: _____

من خلال التوقيع أدناه، يُصرح لـ Central Dauphin School District (منطقة سنترال دوفين التعليمية) بـ الإفصاح عن أو استلام السجلات السرية الخاصة بطفلي. يظل هذا الإذن ساريًا لمدة سنة واحدة من تاريخ التوقيع. تُفصح السجلات إلى أو تُستلم بواسطة الطرف الثالث التالي:

يرجى تقديم المعلومات أدناه والمتعلقة بالطرف الثالث:

العنوان: _____

الفاكس: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

رقم الهاتف: _____ البريد الإلكتروني: _____

يرجى تحديد السجلات التي ترغب في الإفصاح عنها:

☐ السجلات المدرسية، الدرجات

☐ كشوف الدرجات / السجل الأكاديمي

☐ التقارير النفسية / تقارير الأخصائي الاجتماعي

☐ ملاحظات الطبيب النفسي، المعلم، و/أو الأخصائي الاجتماعي

☐ درجات الاختبارات المعيارية

☐ تقارير الفريق

☐ خطط التعليم الخاص والدعم المدرسية (NORA / IEPs / 504 Plans / GIEPs)

☐ السجلات الصحية

☐ أخرى (Other) _____

توقيع ولي الأمر: _____

التاريخ: _____

(إذا كان الطالب أقل من 18 عام)

توقيع الطالب: _____

التاريخ: _____

(إذا كان الطالب يبلغ من العمر 18 عامًا أو أكثر)