


موافقة ولي الأمر بشأن التصريح بمعلومات

اسم الطالب: _____

المدرسة: _____

أفوض الفرد التالي أو المؤسسة التالية بالكشف عن سجلات طفلي الدراسية كما هو موضح أدناه:

الجهة المتلقية للمعلومات:	الجهة المصرحة بالمعلومات:
اسم المختص أو الهيئة	مدارس مدينة الإسكندرية العامة 1340 Braddock Pl. Alexandria, VA 22314 619-8152(703)
العنوان	
الهاتف	
الفاكس	
التوقيع	التوقيع

أؤكد على أنه يجوز تبادل المعلومات والاتصالات بين الأطراف لغرض تطوير أهداف الطالب من أجل التحسن في المجالات التالية:

- التقدم الدراسي
- نتيجة معايير التعلم (SOL)
- اختبارات قياسية معينة
- مستويات القراءة/الرياضيات
- تقييمات القسمة العامة (CRTs)
- الدرجات

غير ذلك (يرجى التحديد)

أوافق على التصريح بالمعلومات المبينة أعلاه. وأفهم أن استخدام هذه المعلومات لأي سبب خلاف المذكور أعلاه محظور، وأن الكشف عن المعلومات لأطراف أخرى ممنوع منعاً باتاً. هذه الموافقة خاضعة للإلغاء في أي وقت. يظل تفويضي ساري المفعول لكامل السنة الدراسية 20__ - 20__.

قمت بملء هذه الاستمارة بصفتي: (يرجى تحديد أحد الخيارات) _____ الوالد(ة) _____ الوصي القانوني

(التاريخ)

توقيع الوالد(ة)/الوصي القانوني