



CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

NOMBRE DE EL/LA ESTUDIANTE: _____

ESCUELA: _____

Autorizo a la siguiente persona u organización a divulgar las calificaciones académicas de mi hijo/a según la siguiente descripción:

<i>Información a ser recibida por:</i>	<i>Información a ser divulgada por:</i>
_____ Nombre de el/la Profesional o Agencia	<p align="center"> Shanna Samson Oficina de Asociaciones y Participación Comunitaria <u>Escuelas Públicas de la Ciudad de Alexandria</u> 1340 Braddock Place Alexandria, VA 22314 (703) 619-8152 shanna.samson@acps.k12.va.us </p> 
_____ Dirección	
_____ Teléfono	
_____ Fax	
_____ Firma	

Confirmando que puede intercambiarse información y Comunicaciones entre participantes interesados con el propósito de desarrollar objetivos de mejoras para el estudiante en las siguientes áreas:

Progreso Académico

- Calificaciones SOL [*Estándares de Aprendizaje*]
- Pruebas estandarizadas seleccionadas
- Niveles de Lectura/Matemáticas
- Evaluaciones Comunes de la División (CRTs) [*Evaluaciones basadas en criterios*]
- Grados

Otro (Por favor especifique) _____

Doy mi consentimiento para la divulgación de la información de más arriba. Entiendo que la utilización de esta información para cualquier uso distinto del especificado más arriba está prohibida y que la divulgación de información a terceros está estrictamente prohibida. Comprendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento.

Mi autorización se mantendrá efectiva para todo el año académico escolar 20__ - 20__.

He completado este formulario en mi calidad de: (por favor marque uno) Padre/Madre Tutor/a Legal

(FIRMA DE PADRE/MADRE/TUTOR/A LEGAL)

(FECHA)