


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>
<p>___ Lizzie Liu _____ Nombre de el/la Profesional o Agencia</p> <p>___ 418 South Washington St, Alexandria VA, 22314 _____ Dirección</p> <p>___ 703-399-0665 _____ Teléfono</p> <p>_____ Fax</p> <p>_____ Firma</p>	<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> <p align="center"></p> <p>_____ Firma</p>

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 2019 - 2020.

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)