

CESIÓN DE INFORMACIÓN

Estimado/a (Nombre del Padre/Madre/Tutor):

Se requiere su firma en este formulario para poder obtener información de las personas/instituciones relacionadas abajo. Le pedimos que se quede con una copia de esta forma, para sus archivos y que me regrese una copia firmada, al domicilio abajo indicado:

PARA: _____
Nombre de la Persona/Institución

Domicilio

Ciudad/ Estado/Código Postal

Por medio de la presente otorgo mi consentimiento al Distrito Escolar Unificado de San Diego para obtener y/o intercambiar con la persona o institución arriba mencionada información educativa ____ y/o psicológica ____ relativa a mi hijo/a.

Apellido, Nombre, Inicial del/a Alumno/a Número de Identificación Fecha de Nacimiento

Esta cesión de información tendrá vigencia inmediata y permanecerá vigente durante un año a partir de la fecha de firma. El/a padre/madre/tutor del/a alumno/a tendrá el derecho de inspeccionar y revisar los registros y recibir copias de la información contenida.

Favor de mandar la información marcada arriba a:

Nombre de la Persona/Institución

Escuela

Domicilio

Ciudad/Estado/Código Postal

Estoy enterado/a que el Distrito Escolar Unificado de San Diego protegerá esta información como lo establece el Decreto de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA) (Family Educational Rights and Privacy Act) y que la información formará parte del archivo escolar del/a alumno/a. La información será compartida con las personas que trabajan en o con el Distrito Escolar con el propósito de proporcionar Educación Pública Adecuada y Gratuita (FAPE) (Free Appropriate Public Education).

Firma del/a Padre/Madre/Tutor Fecha

Si tiene preguntas o requiere información adicional, favor de comunicarse conmigo al número de abajo.

Nombre Puesto Teléfono