



**AMITYVILLE UNION FREE SCHOOL DISTRICT**

**Office of Pupil Personnel Services**

**501 Route 110**

**Amityville, New York 11701**

**Phone: (631) 565-6552 Fax: (631) 225-4614**

**FAMILY EDUCATIONAL RIGHTS AND PRIVACY ACT  
STUDENT RECORDS RELEASE FORM**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Autorización para la Divulgación de Información Sobre el Estudiante

Derechos Educativos y Privacidad (FERPA) es una ley federal que establece los requisitos con respecto a la privacidad de los expedientes de los estudiantes. Para obtener información completa sobre FERPA, por favor visite <http://www.ed.gov/policy/gen/guid/fpco/index.html>. También puede solicitar una copia de los reglamentos pertinentes del Distrito.

Consentimiento Autorizado para la Divulgación de Expedientes

Yo entiendo que bajo las disposiciones de los Derechos Educativos y Privacidad (FERPA) de 1974, según enmendada, estos registros no serán entregados a un tercer grupo sin mi aprobación. Por la presente autorizo al Distrito Escolar de Amityville para discutir y / o divulgar los registros educativos identificados a continuación para el estudiante arriba a la siguiente persona (s):

Nombre de la persona autorizada (s) a quien podemos divulgar o discutir los registros: \_\_\_\_\_

Relacion al estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

El propósito de esta divulgación es: \_\_\_\_\_

Los registros que puedan ser revelados y / o discutidos incluyen: \_\_\_\_\_

Por favor, marque todas las que correspondan:

<input type="checkbox"/>	Transcripción Completa	<input type="checkbox"/>	Los grados actuales	<input type="checkbox"/>	Calificaciones de exámenes de logro
<input type="checkbox"/>	Resultados de la evaluación del estado de NY	<input type="checkbox"/>	Programa de Educación individualizado IEP	<input type="checkbox"/>	Historia Social
<input type="checkbox"/>	Evaluación psicológica	<input type="checkbox"/>	Evaluación Educativa	<input type="checkbox"/>	La evaluación del habla y lenguaje
<input type="checkbox"/>	Evaluación Médica	<input type="checkbox"/>	Evaluación Neurológica	<input type="checkbox"/>	Evaluación psiquiátrica
<input type="checkbox"/>	Record de las Vacunas	<input type="checkbox"/>	Otro:		

Si los documentos están entregados a la persona identificada (s), yo solicito una copia de estos documentos también (Circule uno): Sí No

He leído atentamente la autorización anterior y comprendo plenamente el significado y la intención de este documento. Entiendo que este consentimiento es efectivo hasta que sea retirado por mí por escrito. Afirmo que he firmado esta autorización voluntariamente.

Nombre del Padre (Imprimir): \_\_\_\_\_

Firma del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_