



**REQUISICIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL
ACCESO DE LOS ARCHIVOS ESTUDIANTILES
REQUEST AND AUTHORIZATION FOR
RELEASE OF STUDENT RECORDS**

Escuelas Publicas del Condado de Savannah-Chatham
www.savannah.chatham.k12.ga.us

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA/STUDENT INFORMATION

Apellido Legal/Legal Last Name:		Nombre Legal/Legal First Name:		Segundo Nombre Legal/ Middle Name:	Sufijo/Suffix:
Grado/Grade:	Género/Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento*/Birthdate: / /		Número de Seguro Social:/Número de FTE/SS#:	

ARCHIVOS ESCOLARES ESTÁN REQUERIDOS DE/RECORDS REQUESTED FROM

Nombre de la Escuela/Name of School:		Dirección de la Escuela/School Address:			
Ciudad/City:		Estado/State:		Código Postal/Zip:	
Número Telefónico de la Escuela/Phone: (incluyendo el código de la zona)			Número de Fax/Fax Number: (incluyendo el código de la zona)		

ARCHIVOS ESTAR HECHOS AL PÚBLICO/RECORDS TO BE RELEASED

Mándeles o FAX los siguientes archivos de estudiant/Mail or fax the following records of the above named student:

- Archivo acumulativo incluyendo las notas e asistencia/ Cumulative record including grades and attendance
- Boletín de calificaciones con los últimos promedios y expediente académico/ Report Cards with current grade averages and academic transcript
- Los archivos de inmunización y archivos médicos/de salud/ Immunization and health/medical records
- Resultados de los exámenes estandarizados/ Standardized test scores
- Archivos disciplinarios/ Discipline Records
- Archivos y reportes de colocación especial (incluyendo IEP's)/ Special placement records and reports (including IEP's)
- Otro (Especifique)/ Other (Specify) _____

HAGA LOS ARCHIVOS ECOLARES AL PÚBLICO A/RELEASE SCHOOL RECORDS TO

Nombre de la Escuela/Name of School:		Dirección de la Escuela/School Address:			
Ciudad/City:		Estado/State:		Código Postal/Zip:	
Número Telefónico/Phone: (incluyendo el código de la zona)			Número de Fax/Fax Number: (incluyendo el código de la zona)		

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN LEGAL/PARENT LEGAL GUARDIAN SIGNATURE

Yo, el padre/guardián del estudiante nombrado arriba, autorizo la escuela nombrada arriba para hacer público cualquiera de los archivos escolares enumerados por la escuela indicada. Además, autorizo este destinatario (persona o agencia) para hacer público al personal de la zona de la escuela cualquiera o toda la información en la que concierne a él/ella que pertenece a su adaptación educacional, física, y social en la escuela. Además, yo entiendo que puedo repasar los archivos transmitidos mediante la solicitud al director de la escuela, y que tendrá toda o cualquiera parte de estos archivos interpretada correctamente como es necesario por el personal apropiado.

Firma del Padre/Guardián Legal/Parent or Legal Guardian:		Relación al Estudiante/Relationship:	Fecha/Date:
Firma de Testigo/Signature of Witness:		Número Telefónico del Trabajo de Testigo/Phone of Witness:	Fecha/Date:
Dirección del Trabajo de Testigo/Business Address of Witness:		Ciudad/Estado/Código Postal/City/State/Zip:	

*Si el/la estudiante tiene más de 18 años, él/ella tiene la autoridad de hacer pública o no su información personal.