Hillsborough County PUBLIC SCHOOLS
Preparing Students for Life

Número de Identificación del Estudiante_____

AUTORIZACIÓN PARA PROVEER, INSPECCIONAR O RECIBIR INFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE ACADÉMICO

El Distrito Escolar Escuelas Públicas del Condado de Hillsborough está autorizado por este medio a:

☑ Proveer o copiar ☐ Recibir ☐ Permitir la inspección de los expedientes/información mencionados a continuación

Referente a: _____ _____ _____
Nombre del Estudiante *Fecha de Nacimiento* *Padre/Madre/Encargado Legal*

Para/De/Por: Children's Board (Research)/The Skills Center, Inc. Children's Board, 1002 East Palm Avenue, Tampa, FL 33605 / 813-229-2884
Nombre de la Agencia de Financiamiento/ Nombre del Programa **Dirección**

POR FAVOR, MARQUE LOS DOCUMENTOS QUE SERÁN PROVISTOS/COPIADOS/INSPECCIONADOS:

- ☐ Evaluaciones/reportes psicológicos
- ☐ Reportes/expedientes diagnósticos
- ☐ Reportes sobre la historia social/de desarrollo
- ☐ Reportes sobre la asistencia
- ☐ Otro: _____
- ☐ Reportes/expedientes sobre salud/médica/nacimiento
- ☑ Reportes/registros educacionales/académicos
- ☐ Datos de pruebas estandarizadas
- ☐ Reportes psiquiátricos

POR FAVOR, ENTREGAR O ENVIAR INFORMACIÓN A:

The Skills Center, Inc. - Middle School Youth Opportunity (YO) — *Nombre de la Agencia/Persona de Contacto*

5107 N. 22nd Street — *Dirección de la Agencia*

(813) 703-1324 — *Número de Teléfono de la Agencia*

Tampa — *Ciudad* | FL — *Estado* | 33610 — *Código Postal*

ESTA AUTORIZACIÓN TENDRÁ VIGENCIA 365 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE FIRMÓ

IMPORTANTE – TOME NOTA

La persona o agencia que está recibiendo estos expedientes no debe transferir ninguna información obtenida a ninguna otra persona o agencia sin tener el consentimiento escrito del padre/madre/encargado legal, o del estudiante si tuviese dieciocho o más años de edad, o en casos permitido o provisto por ley.

Conforme a la Ley Pública 93-380,a usted, el padre/madre/encargado legal, se le notifica que tiene el derecho de inspeccionar los expedientes académicos, de solicitar una copia de dichos expedientes si usted asume el costo de duplicación, y de discrepar el contenido de dichos expedientes sobre la base de que sean incorrectos, falsos o inapropiados

POR FAVOR, MARQUE UNO DE LOS SIGUIENTES:

☐ **Certifico que soy mayor de dieciocho años de edad, y que soy la persona a quien se refieren los documentos mencionados arriba.**

☐ **Certifico que soy el padre/madre/encargado legal de la persona a q uien se refieren los documentos mencionados arriba, y que dicha persona es menor de dieciocho años de edad. Entiendo que la información y/o documentos que son compartidos con la escuela pudieran ser parte del expediente del estudiante. Además, los expedientes escolares están sujetos a las regulaciones impuestas por la ley de 1974 (PL 94-142) de Derechos de la Familia sobre la Educación y Privacidad. (Estatuto: 20 U.S.C. § 1232 (g) Regulaciones: 34 CFR Parte 99). Esos expedientes utilizados para tomar decisiones educacionales sobre estudiantes, están sujetos a revisión por los padres/encargados legales y estudiantes cuando estos sean mayores de 18 años de edad.**

_____ _____
(Firma del Padre/Madre/Encargado Legal /Estudiante mayor de 18 años) *(Fecha en que firmó)*

FOR OFFICE USE ONLY

Sent By _____ **Date** _____
(Site)

Phone _____ **Initial** _____

SB 90725 Rev. 7/2011
Distribución: Cumulative Folder