

DREJTORIA ARSIMORE E FILADELFIAS
440 NORTH BROAD STREET
PHILADELPHIA, PA 19130
(215)-400-4000
LESHIMI I INFORMACIONIT/RELEASE OF INFORMATION

Emri i Nxënësit (Mbiemri, Emri)/Student Name (Last, First)

Shkolla/School Name

ID e Nxënësit/Student ID #

Ditëlindja/D.O.B.

Në mënyrë që të komunikojë (marrë/japë) informacion, që lidhet me fëmijën tuaj, Drejtorisë Arsimore të Filadelfias, i duhet leja juaj me shkrim./In order to (provide/receive) information regarding your child, the School District of Philadelphia needs your written permission.

Nëse ju e jepni këtë leje, kopje të informacioneve do t'u jepen/merren nga pala (palët) e poshtëshënuara:/If you give permission, copies of the information will be given to/ received by the party (parties) named here:

Agjensia/Punonjësi Agency/Employee: _____

Llojet e Informacioneve, që janë për t'u përdorur/ Types of information to be shared:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Edukativ/Educational _____ | <input type="checkbox"/> Neurologjik/Neurological _____ |
| <input type="checkbox"/> Të Folurit/Të Dëgjuarit/Speech/Hearing _____ | <input type="checkbox"/> Psikologjik/Psychological _____ |
| <input type="checkbox"/> Mjekësor/Medical _____ | <input type="checkbox"/> Psikiatrik/Psychiatric _____ |
| <input type="checkbox"/> Të tjera/Other _____ | <input type="checkbox"/> Të tjera/Other _____ |

Deklaratë/Certification

Unë deklaroj se jam prindi, kujdestari ligjor, ose zëvendësuesi i caktuar për edukimin e nxënësit të mësipërm. Si rrjedhojë, unë jap lejen për lejimin e informacionit, sipas kërkesës. Unë jam i vetëdijshëm, për të drejtat e mija ligjore, që lidhen me lejimin e informacionit të identitetit personal, përfshirë të drejtën time, për tërheqjen e kësaj leje dhe për marrjen e kopjeve të informacionit, sipas kërkesës time. Unë e kuptoj, që kjo leje është e vlefshme, vetëm për qëllimin e shpallur më sipër dhe për periudhën kohore të vitit shkollor, që përfundon në 20__./ I certify that I am the parent, legal guardian, or appointed educational surrogate of the student named above. I hereby give permission for the release of information as requested. I am aware of my legal rights regarding the release of personally identifiable information, including my right to withdraw permission and to get copies of the information upon written request. I understand that this permission is valid only for the items stated above and for the current school year ending 20__.

Emri i Plotë (Me shkronja të mëdha)/ Full Name (Print): _____

Firma/Signature: _____

Marrdhënia me nxënësin/Relationship to student: _____

Data/ Date: _____