

منطقة فيلادلفيا التعليمية
THE SCHOOL DISTRICT OF PHILADELPHIA
440 North Broad Street
Philadelphia PA 19130
(215) 400-4000

إذن بالإفراج عن المعلومات RELEASE OF INFORMATION

اسم الطالب الأخير والأول Student Name (Last, First)

المدرسة School

رقم هوية الطالب Student ID #

تاريخ الميلاد D.O.B.

In order to (provide/receive) information regarding your child, the School District of Philadelphia needs your written permission. من أجل تقديم واستلام معلومات بخصوص طفلك، تحتاج منطقة فيلادلفيا التعليمية إلى إذنك الخطي.

If you give permission, copies of the information will be given to/ received by the party (parties) named here: إذا سمحت لنا، فإننا سنقدم/نعطي المعلومات إلى الأطراف التالية:

Agency/Employee: وكالة/شخص

Kinds of Information to be: Received تستلم (أشرف إلى واحدة)

Educational تعليمي

Neurological عصبي

Speech/Hearing نطق/سماع

Psychological نفسي

Medical طبي

Psychiatric طب نفسي

Other غيرها

Other غيرها

شهادة Certification

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__.

أشهد أنني والد، الوصي القانوني، أو المسؤول عن تعليم الطالب المذكور أعلاه. وأنا أعطي بموجبه الإذن للإفراج عن المعلومات المطلوبة. إنني أدرك حقوقي القانونية المتعلقة بالإفراج عن معلومات شخصية، بما في ذلك حقني في سحب الإذن والحصول على نسخ من المعلومات بناء على طلب خطي. أنا أدرك أن هذا الإذن صالحاً فقط للغرض المذكور أعلاه وحتى نهاية سنة 20__.

العلاقة بالطفل Relationship to Student: الاسم الكامل Full Name (Print)

التوقيع: Signature:

التاريخ: Date: