

费城教育局
440 NORTH BROAD STREET
PHILADELPHIA, PA 19130
(215) 400-4000
学生信息披露许可

学生姓名/Student Name (姓/Last, 名/First)

学校/School Name

学生证号 / Student ID #

出生年月/Date of Birth

为了能（向他方提供/从他方获取）有关您子女的信息，费城教育局需要得到您的书面许可。

如果您同意，有关您子女的信息将被交给以下所列组织或工作人员并/或从以下所列组织或工作人员处获取：

组织/人员/Agency/Employee: _____

各方共享信息种类/Types of information to be shared:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 教育/Educational | <input type="checkbox"/> 神经学/Neurological |
| <input type="checkbox"/> 语言/听力/Speech/Hearing | <input type="checkbox"/> 心理学/Psychological |
| <input type="checkbox"/> 医疗/Medical | <input type="checkbox"/> 精神病学/Psychiatric |
| <input type="checkbox"/> 其它/Other | <input type="checkbox"/> 其它/Other |

证明/Certification

我证实我是上述学生的家长、法定监护人或被指定负责该学生教育的监护人。在此我同意披露有关该学生的信息。我了解在披露个人信息方面我享有的合法权利，这些权利包括：我有权撤销许可；如果提出书面请求，我有权获得所披露信息的复印件。我了解，只有在信息披露的目的仅限于上述目的情况下，并且仅在于 20____年结束的本学年内，以上书面许可方才有效。

全名（请工整填写 / Full Name (Print): _____

与学生关系/Relationship to Student: _____

签名/Signature: _____ 日期/Date: _____