

**LE DISTRICT SCOLAIRE DE PHILADELPHIE**

440 NORTH BROAD STREET

PHILADELPHIA, PA 19130

(215) 400-4000

**DIFFUSION DE L'INFORMATION / RELEASE OF INFORMATION**

\_\_\_\_\_  
Nom de l'élève (Nom, Prénom) / Student Name (Last, First)

\_\_\_\_\_  
Nom de l'école / School Name

\_\_\_\_\_  
I.D. de l'élève / Student ID #

\_\_\_\_\_  
Date de naissance /D.O.B.

Dans le but de (donner /recevoir) toute information au sujet de votre enfant, le District Scolaire de Philadelphie a besoin de votre autorisation écrite/*In order to (provide/receive) information regarding your child, the School District of Philadelphia needs your written permission.*

Si vous donnez votre autorisation, des copies de l'information seront remises à/recues de ou des parties indiquées ci-dessous/*If you give permission, copies of the information will be given to/ received by the party (parties) named here:*

Agence/Employe(e) /Agency/Employee: \_\_\_\_\_

Types d'information à diffuser / Types of information to be shared:

Scolaire/Educational

Neurologique / Neurological

Parole/Ouïe / Speech/Hearing

Psychologique / Psychological

Medicale / Medical

Psychiatrique / Psychiatric

Autre / Other \_\_\_\_\_

Autre / Other \_\_\_\_\_

**Attestation/Certification**

J'atteste que je suis le parent, tuteur légal, ou substitut éducatif nommé de l'élève ici indiqué. Je viens par la présente, donner autorisation pour la diffusion de l'information si requise. Je réalise mes droits juridiques concernant la diffusion d'une information personnelle identifiable, en incluant mon droit de retirer cette autorisation et de recevoir des copies de l'information sur demande écrite. Je comprends que cette autorisation est valable seulement pour les besoins indiqués ci-dessus et pour l'année scolaire courante se terminant en l'an 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 purpose stated above and for the current school year ending 20\_\_.*

Nom complet (en majuscules): \_\_\_\_\_  
/Full Name (Print)

Relation avec l'élève: \_\_\_\_\_  
/Relationship to Student

Signature / Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_