

फिलाडेल्फिया बिद्यालय जिल्ला/THE SCHOOL DISTRICT OF PHILADELPHIA
जानकारीको प्रकाशन गर्ने/RELEASE OF INFORMATION

विद्यार्थीको नाम (थर,नाम)/Student Name (Last, First)

बिद्यालय/School Name

विद्यार्थी परिचय पत्र नं./Student ID #

जन्म मिति/Date of Birth

फिलाडेल्फिया बिद्यालय जिल्लालाई तपाईंको बालकको बारे जानकारी प्रदान गर्न र प्राप्त गर्न तपाईंको लिखित अनुमती चाहिन्छ।/In order to provide/receive information regarding your child, The School District of Philadelphia needs your written permission.

तपाईंले अनुमती दिनु भएको खण्डमा तल नाम लेखिएको संस्थानलाई जानकारीको प्रतिलिप प्रदान गरिने छः:/If you give permission, copies of the information will be given to and/or received by the party named below:

संगठन/कर्मचारी/Agency/Employee: _____

बाँडीने जानकारीका किसिमहरू/Types of information to be shared:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> शिक्षा/Educational | <input type="checkbox"/> निउरोलोजीकल/Neurological |
| <input type="checkbox"/> बोली/सुनाइ/Speech/Hearing | <input type="checkbox"/> मनोवैज्ञानीक/Psychological |
| <input type="checkbox"/> चिकित्सा सम्बन्धी/Medical | <input type="checkbox"/> मानसिक/Psychiatric |
| <input type="checkbox"/> अरु/Other _____ | <input type="checkbox"/> अरु/Other _____ |

प्रमाणिकरण/Certification

माथि नाम लेखिएको विद्यार्थीको म आमा बुवा, अभिभावक वा नियुक्ती गरिएको शैक्षिक विकल्प हुँ भनेर म प्रमाणिकरण गर्दछु। लिखित अनुरोध दिएपछी जानकारीको प्रतिलिप प्राप्त गर्न र आफ्नो अनुमती झिकने अधिकार सम्मिलित भएको व्यक्तिलाई चिन्ने जानकारीहरूको बारे म मेरो कानुनी अधिकारहरूको बारे सचेत छु। मलाई थाहा छ कि यो अनुमती माथिको सामग्रीहरूको लागि र हालको बिद्यालयहरूको लागि २०__ सालको लागि मान्य हुन्छ।/

I certify that I am the parent, legal guardian, or appointed educational surrogate of the student listed above. I, hereby, give permission for the release of information 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__.

पुरा नाम (ठुलो अक्षरमा)/Full Name (Print): _____

विद्यार्थी सँगको सम्बन्ध/Relationship to Student: _____

सही/Signature: _____ मिति/Date: _____