**SỞ GIÁO DỤC PHILADELPHIA**
440 NORTH BROAD STREET
PHILADELPHIA, PA 19130
(215) 400-4000

# TIẾT LỘ THÔNG TIN/*RELEASE OF INFORMATION*

______________________________________ ______________________________
Tên Họ Học Sinh/*Student Name (Họ/Last Tên/First)* Trường/*School*

______________________________________ ______________________________
Số Thẻ Học Sinh ⁄ *Student ID#* Ngày Sinh/*D.O.B.*

Nhằm để (giao ra/nhận) những thông tin liên quan đến con quý vị, Sở Giáo Dục Philadelphia cần thơ cho phép của quý vị/*In order to (provide/receive) information regarding your child, the School District of Philadelphia needs your written permission.*

Nếu quý vị cho phép, bản sao của thông tin sẽ được giao cho/nhận bởi người (những người) có tên dưới đây/*If you give permission, copies of the information will be given to/ received by the party (parties) named here:*

Cơ quan/Nhân viên *Agency/Employee:* ______________________________________________

Loại thông tin được chia sẻ/*Types of Information to be shared:*

- o Giáo Dục/*Educational*
- o Nói/Nghe/*Speech/Hearing*
- o Y Tế/*Medical*
- o Khác/*Other:* ______________________
- o Thần Kinh/*Neurological*
- o Tâm Lý/*Psychological*
- o Tâm Thần/*Psychiatric*
- o Khác/*Other:* _________________

## Xác Nhận/*Certification*

Tôi xin xác nhận tôi là phụ huynh, giám hộ pháp lý, hoặc người được chỉ định giáo dục học sinh có tên ở trên. Tôi ký tên dưới đây cho phép giao ra những thông tin theo yêu cầu. Tôi nhận thức được quyền lợi hợp pháp của tôi về việc giao ra thông tin cá nhân, bao gồm cả quyền rút lại sự cho phép và để có được các bản sao của các thông tin theo yêu cầu bằng văn bản. Tôi hiểu rằng sự cho phép này là hợp lệ chỉ với mục nêu trên và cho năm học hiện nay đến cuối năm 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 a period of 90 days from today.*

Tên Họ (Viết chữ in)/Full Name:____________________________________________________________

Quan Hệ Với Học Sinh/*Relationship to student:* ______________________________________________

Chữ Ký/*Signature:* _______________________________________ Ngày/*Date:* ___________________