



JOHNSTON PUBLIC SCHOOLS
ADMINISTRATION OFFICE
10 MEMORIAL AVENUE
JOHNSTON, RHODE ISLAND 02919-3222

Formulario para divulgación de archivos

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Divulgar a

Obtener de

Intercambio verbal con

DE: (Por favor escribe con letra de molde. Complete un formulario por CADA escuela que ha asistido y cualquier persona o lugar que pueda proveernos con información para ayudarnos con la mejor colocación educacional posible para su hijo(a))

NOMBRE

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE FAX

YO AUTORIZO Y PIDO QUE DIVULGA A:

NOMBRE DE ESCUELA

DIRECCIÓN DE ESCUELA

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE FAX

LOS ARCHIVOS COMPLETOS ESCOLARES/CONFIDENCIALES EN SU POSESIÓN QUE CONCIERNE A MI HIJO(A) INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A:

NOTAS

EDUCACIONAL

ASISTENCIA

PSICOLÓGICOL / MÉDICO

SOLICITUD DE COMIDAS GRATIS & A PRECIO REDUCIDO Y DECISIÓN DE ELEGIBILIDAD

Nombre de Padre/Tutor: _____

Firma de Padre/Tutor: _____

Relación al estudiante: _____ Fecha: _____