FECHA: _____

Consentimiento para Ceder los Expedientes del Estudiante
(Acción Diferida para los Llegados en la Infancia)

Complete este formulario y preséntelo directamente en la Oficina de matriculación del Distrito Escolar Metropolitano de Madison localizada en el 545 West Dayton Street, Madison, Wisconsin 53703.

Yo, _____, autorizo que confieran los siguientes expedientes de
Nombre del padre/Tutor legal/Estudiante adulto

_____, _____, _____:
Nombre del estudiante | Fecha de nacimiento del estudiante | Número del estudiante

____ La carta del Distrito comprobando las fechas de matriculación.

____ El historial de matriculación.

____ Los registros de asistencia.

____ Los informes de progreso incluyendo las calificaciones, las trascripciones y/o boletas de calificaciones, según corresponda.

Por favor lea y escriba sus iniciales en las siguientes declaraciones:

___ Entiendo que este consentimiento tendrá validez por un año a menos que de alguna manera sea revocado.

___ Entiendo además que estos expedientes son confidenciales y que la persona o agencia que los reciba no deberá permitir que se transfieran otra vez sin mi autorización por escrito.

Por favor cedan los expedientes solicitados a: _____
Nombre de la persona/Agencia

Marque una:

____ Vía correo de los EEUU: _____
Dirección completa (Ciudad, Estado y Código postal)

____ Los recogeré personalmente. _____
Número de teléfono

_____ _____
Firma del padre/Tutor legal/Estudiante adulto | Dirección completa (Ciudad, Estado y Código postal)