**Autorización para Compartir o Intercambiar Información**

Estudiante (nombre legal): Número de ID:

Dirección: Fecha de Nacimiento:

Escuela:

Por este medio el que firma abajo concede permiso de intercambiar cualquier información que haya en el archivo del estudiante. Esto podría incluir información relacionada con la habilidad mental, historia médica, abuso de drogas/alcohol e historia social. También pudiera incluir registros académicos, rendimientos escolares, archivos psicológicos, reportes patológicos del habla y evaluaciones de conducta funcional. Esta información se intercambiara entre las personas que se enumeran a continuación.

Representante de la Escuela nombre/título Agencia o individuo nombre/título

Departamento de Servicios Estudiantiles Dirección:

Escuelas de la Comunidad de Elkhart

2720 California Road

Elkhart, IN 46514

\*Padre o Guardián: Fecha:

Testigo: Fecha:

Esta autorización será válida por un (1) año a partir de la fecha que la firme. La persona que firma esta autorización la puede revocar en cualquier momento.

\*El estudiante debe tener dieciocho (18) años de edad o más para poder firmar por sí mismo/a.