



Public Schools of the Tarrytowns

Pupil Personnel Services- District Registration Office K-12
Arlene Lloréns-Sosa- District Registrar
Scott Dorn- Assistant Superintendent of Pupil Services

AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE REGISTROS

Yo, _____ de _____
Nombre del padre/tutor legal Nombre del estudiante y fecha de nacimiento

Doy mi consentimiento a, _____
Escuela, agencia o clinica liberando la informacion

_____, _____
Numero de telefono Numero de fax

Para liberar cualquier registro e informacion que pida o requiera el personal de los Public Schools of the Tarrytowns.

Registros Solicitados:

___ Medico

___ Educacional

___ Psicologico/ Psiquiatrico

___ Educacion Especial

___ Notas/Calificaciones

___ Otros Registros pertinentes de la escuela/agencia

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha