



ШКОЛЬНЫЙ ОКРУГ СНОХОМИШ № 201
Снохомиш, штат Вашингтон 98290

**РАЗРЕШЕНИЕ НА ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ ОБ УРОВНЕ ОБРАЗОВАНИЯ,
ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ И СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ УЧАЩЕГОСЯ**

УЧАЩИЙСЯ _____ ДАТА РОЖДЕНИЯ _____
Фа _____ Имя _____ Второ _____
ШКОЛА _____ ОКРУГ _____

Настоящим я разрешаю обмен информацией о вышеупомянутом учащемся с целью получения сведений, необходимых для реализации образовательной программы, между Школьным округом Снохомиш и:

ИМЯ ФИЗИЧЕСКОГО/ЮРИДИЧЕСКОГО ЛИЦА _____

АДРЕС _____ ИНДЕКС _____

ИМЯ ФИЗИЧЕСКОГО/ЮРИДИЧЕСКОГО ЛИЦА _____

АДРЕС _____ ИНДЕКС _____

Я получил(-а) уведомление о передаче настоящей информации в соответствии с законом «О правах семьи на образование и неприкосновенность частной жизни» от 1974 г. и осведомлен(-а) о своем праве по запросу получить копию документа с передаваемой информацией за собственный счет, а также о возможности опротестовать содержание данного документа через суд. Я осознаю, что информация будет передаваться в условиях строгой конфиденциальности и не попадет в распоряжение третьих лиц без моего согласия, за исключением случаев, предусмотренных статьей Административного кодекса штата Вашингтон WAC 392-171-631.

ПОДПИСЬ _____ ДАТА _____
Родитель, опекун или _____

АДРЕС _____

ГОРОД _____ ШТАТ _____ ИНДЕКС _____

**ИНФОРМАЦИЮ, КАСАЮЩЕГОСЯ ДАННОГО УЧАЩЕГОСЯ,
НЕОБХОДИМО НАПРАВЛЯТЬ ПО АДРЕСУ:
SNOHOMISH SCHOOL DISTRICT NO. 201 (ШКОЛЬНЫЙ ОКРУГ
СНОХОМИШ № 201)**

Кому: _____

Отделение/школа _____

Адрес _____