



Galt Joint Union Elementary School District

1018 C Street, Suite 210, Galt, CA 95632
209-744-4521 / 209-745-5479 fax / www.galt.k12.ca.us

INTERAGENCY AUTHORIZATION AND REQUEST FOR EXCHANGE OF INFORMATION

Nombre de Estudiante _____ Fecha de Nac. _____

Domicilio: _____

Por este medio, doy mi consentimiento para que se divulgue e intercambie información confidencial sobre el estudiante mencionado arriba y entre el Distrito de Escuelas Primarias de Galt y cualquier proveedor o agencia con información relevante para el plan educativo de este niño. Entiendo que el propósito de este comunicado e intercambio de información es para ayudar a desarrollar un ambiente educativo más apropiado para este niño.

Esta autorización está vigente hasta _____ (Fecha o evento), cuando caduque.

Los siguientes tipos de información pueden ser divulgados:

- Diagnósis
- IEP / ITP / IWRP
- Exámenes de Aptitud
- Evaluación Psicópata / Social
- Todos los registros médicos de nacimiento hasta el presente.
- 504 y IAP
- Exámenes psicológicos
- Registros Educativos
- Otro _____

Proveedor/Agencia #Tel.

Proveedor/Agencia #Tel.

Domicilio #Fax

Domicilio #Fax

Ciudad, Estado, Código Postal

Ciudad, Estado, Código Postal

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento. Entiendo que esta información puede acompañar el registro confidencial de mi hijo al ser transferido a otro distrito escolar.

UNA COPIA O FAX DE ESTE FORMULARIO ES TAN VÁLIDO COMO EL ORIGINAL.

Firma de Padre/Madre/Tutor Legal/ Representante Autorizado

Relación con el Estudiante.

Fecha

Nombre en Letra de Molde