



School District U-46  
 District Records Office  
 355 E. Chicago Street  
 Elgin, IL 60120  
 Phone: 847-888-5000 x5033  
 Fax: 847-608-2759

## PERMISO PARA OBTENER LOS DOCUMENTOS DEL ALUMNO

Nombre Del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Escuela A La Cual Asistio En U-46: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Le doy permiso al Distrito Escolar U-46 que **entregué** información concerniente al estudiante mencionado arriba a:

Le doy permiso al Distrito Escolar U-46 que **obtenga** información concerniente al estudiante mencionado arriba de:

Nombre/Agencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad

Estado

Código Postal

Número De Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_



**Al Padre/Tutor:** Por favor marque cada articulo de información con las **INICIALES** de su nombre si quiere dar su permiso.

\_\_\_\_\_ Documentos Permanente como: información que identifica al alumno, el nombre y dirección de los padres, copias de datos académicos, registro de asistencia, registro de accidentes y de salud, de honores y premios recibidos y de participación en las actividades patrocinadas por la escuela.

\_\_\_\_\_ Documentos Temporales como: información sobre la conducta del alumno, horario de las clases, calificaciones en los exámenes, historia sobre la familia, información anotada por maestros, información verificada por personas o agencias fuera de la escuela.

\_\_\_\_\_ \* Informes de Educación Especial incluyendo toda información referente al caso, el programa de instrucción individual, e informes

\_\_\_\_\_ \* Habla/Lenguaje, Informes de terapia física u ocupacional, evaluaciones

\_\_\_\_\_ \* Informes del trabajo social, evaluaciones

\_\_\_\_\_ \* Evaluaciones Psicológicas

\_\_\_\_\_ \* Archivos de educación especial incluyendo informes de todo el personal que ha trabajado con el estudiante.

\_\_\_\_\_ \* Historial de salud

\_\_\_\_\_ \* Informes verificados del personal y agencias fuera de la escuela que tomaron parte en la decisiones referente a la educación especial del estudiante.

\_\_\_\_\_ Otro (especificar) \_\_\_\_\_

**Yo tengo entendido que como padre/tutor tengo el derecho, mandando una petición por escrito de revisar, hacer copias y cuestionar el contenido antes de que el archivo sea enviado, el cual autorizo que se envíe (105 ILCS 10/6, 10-8 Ley del Estado de Illinois sobre los Archivos Estudiantiles). También tengo el derecho de especificar que archivos o identificar partes específicas que deben ser enviados con este consentimiento. Arriba se indican tales limitaciones.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Tutor**

\_\_\_\_\_  
**El nombre del padre/tutor en letra de molde**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Dirección Nueva**

\_\_\_\_\_  
**Ciudad**

\_\_\_\_\_  
**Estado**

\_\_\_\_\_  
**Código Postal**

\_\_\_\_\_  
**Número de Teléfono**

**NOTICE TO AGENT/PERSON RECEIVING RECORDS:** Under the law, you are prohibited from allowing any other person access to any information from the student's record unless you obtain prior, written consent of the student's parent.

\*Todo los registros de Educación Especial del Distrito Escolar U-46 deben ser dirigidos a: **Director of Special Education, U-46 Educational Services Center, 355 E. Chicago Street, Elgin, IL 60120.**