

**الموافقة على الإفصاح عن معلومات سرية**

**اسم الطالب:**  **تاريخ الموافقة:**

**تاريخ الميلاد:**

نطلب منك التصريح للأشخاص أو الهيئات المذكورة أدناه للإفصاح لبعضهم البعض عن المعلومات السرية بخصوص الطالب المذكور أعلاه.

و

اسم ولقب ممثل المدرسة الممثل/الهيئة

اسم المدرسة اسم الممثل/الهيئة

العنوان: العنوان:

الفاكس: الفاكس:

**السجلات المراد إصدارها/الإفصاح عنها** **غرض الإصدار/الإفصاح**

🞏 التقييمات المستقلة، السجلات الطبية، التقييمات النفسية. 🞏 لمساعدة لجنة IEP في التخطيط التعليمي

🞏 الاختبار المهني، ITP 🞏 غير ذلك

🞏 الاختبار المهني، ITP

**اسم الهيئة الخارجية**

يُرجى تحديد المربعات الملائمة أدناه:

🞏 نعم 🞏 لا تم إعلامي بشكل كامل بلغتي الأصلية أو بطريقة اتصالات أخرى وأفهم طلب المدرسة لموافقتي، كما هو موضح أعلاه. سيتم الإفصاح عن هذه المعلومات عند استلام موافقتي الكتابية.

🞏 نعم 🞏 لا أفهم أن موافقتي اختيارية ويمكن إلغاؤها في أي وقت. ولكنني أفهم بأن الإلغاء ليس بأثر رجعي (أي لا يؤدي إلى إلغاء إجراء تم بعد منح الموافقة وقبل إلغائها).

🞏 نعم 🞏 لا أمنح إذني بإصدار/الإفصاح عن السجلات المحددة للأشخاص/الهيئات المذكورة أعلاه.

توقيع ولي الأمر/الوصي، أو ولي الأمر البديل، أو الطالب البالغ التاريخ

توقيع المترجم، حال الاستعانة به التاريخ

يرجى إعادة هذا النموذج إلى: في:

ممثل المدرسة المدرسة

للمزيد من المعلومات، اتصل على: في

ممثل المدرسة رقم الهاتف