

Manchester Public Schools  
45 North School Street  
Manchester, Connecticut 06042

**Written Consent for  
Transfer of Confidential Information**

Nombre	Número de Teléfono
Escuela	Numero de Fax
Dirección de Casa	
Pueblo/Zip	

Autorizo a la escuelas públicas de Manchester (MPS) para recibir o liberar la siguiente información confidencial con respecto a mi hijo:

Nombre de Estudiante	Fecha de Nacimiento	Escuela atendiendo
Numero de Teléfono	Dirección de Casa	

	<u>MPS</u> <u>Recibida</u>	<u>MPS</u> <u>Liberada</u>		<u>MPS</u> <u>Recibida</u>	<u>MPS</u> <u>Liberada</u>
Educational	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IEP/504	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumulative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Social Work	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Health adireccion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Speech/Language	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discipline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychological	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attendance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychiatric	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conversación sobre el teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

La información confidencial solicitada en este documento debe ser recibida y /o liberada por:

Nombre	Titúlo
Nombre de la Escuela	Dirección de envio
Número de teléfono	Número de Fax

Firma del padre/guardian	Fecha
--------------------------	-------

