



Dublin City School District

IRN #047027

保護者による成績等開示同意書

Parent Consent for Record Release Form

Operations
8330 F4a
Revised 12/20/19
Japanese

私は...の親/保護者です。子供の年齢は...歳です。
(活字体で記入してください。)

生年月日は...です。

私は次の学校/機関に以下にリストされている子供の記録を指定された学校/機関に開示することを許可します。

生徒の記録を送付する学校/機関:

住所:

市: 州: 郵便番号: 電話番号:

生徒の記録を受理する学校/機関:

住所:

市: 州: 郵便番号: 電話番号:

請求の理由:

開示する特定の記録:

- 退学日までの成績
公式管理記録 (名前、生年月日、修了した学年、成績記録と出席記録)
出席
今年度の出席時間:
免除された欠席時間の合計:
免除されなかった欠席時間の合計:
学区 IRN の送信:
その他:

- 統一テストスコア
知能テストスコア
予防接種の記録を含む医療記録
心理レポート
個人教育計画 (IEP)
評価チームレポート (ETR)
オハイオ州 (SSID)
現在進行中の情報のやり取り

保護者のサイン:

母親 父親 後見人 日付:

FOR SCHOOL USE ONLY 学校記入欄:

Enrollment (start) date:
Date received:
Date released:
Date copies made (if not waived):
By: