



Dublin City School District
IRN #047027

Operations
8330 F4a
Revised 12/20/19
Japanese

保護者による成績等開示同意書
Parent Consent for Record Release Form

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: _____

By: _____

By: _____