



社区团体 家长/监护人同意书 2022- 2023 认可

Public Health – Seattle & King
County
School-Based Partnerships Program
401 5th Ave #1000
Seattle, WA 98104
206.263.8350

Ingraham High School
King County Public Health
1819 135th St
Seattle, Wa 98133
206.205.0430

在家庭教育权利与隐私法案之下 (FERPA) 同意透露教育记录

本人同意让西雅图校区将我子女的教育记录向以上所列的机构透露。

本人明白教育记录包括、但不限于：

1. 学生姓名，出生日期与联络资讯
2. 学生基本资料：包括特殊教育状况和 504 的状况，和种族
3. 出席记录
4. 惩戒记录
5. 课业与成绩纪录
6. 考试成绩纪录
7. 入学纪录
8. 作业分数
9. 未来和错过的作业

此项透露包括允许机构职员使用自动传送资料的方法，透过西雅图校区来获得我子女的教育记录。

本人明白与以上机构透露记录的目的，是要让我子女在校的健康中心医疗和/或心理健康提供者了解有关他/她的学业课程与进度。西雅图和金郡-公共健康部门与 Kaiser Permanente 共同合作，职员们将会与我的子女和/或他/她的学校共同努力，目的是要改善学生在学校的学业。本人也明白可以呈交一份书面的通知给（西雅图校区学校和社区合作部） Seattle School District's School & Community Partnership Department, MS: 33-160 P.O. Box 34165 Seattle, WA 98124 让他们停止把资讯透露给机构职员。

此项透露资讯将包括以上所列的教育记录，包括学生过去的资料提供给机构职员，在签署的日期开始直到 2023 年 12 月 31 日有效。本人授权西雅图校区向以上机构透露资讯（请清楚填写）：

家长/监护人签名（如果学生在 17 岁或以下）：_____

家长/监护人填写姓名：_____

学生签名（如果学生在 18 岁或以上）：

今天日期：_____

填写学生姓名（名字和姓氏）

学生出生年月日

****学生在校区的学生编号**

学生就读学校

**学生编号 可以在学生 ASB 卡、成绩单、学校信件找到，或与子女就读学校联络