



Autorización a Compartir los Registros de Previo Distrito Escolar

Nota: Si usted está matriculando a estudiante para kindergarten o para el primer grado, usted no necesita llenar este formulario a menos que el estudiante haya atendido kindergarten, primer grado o un programa temprano de la intervención en una escuela diferente. Favor de completas si matricules otro estudiante.

(Favor de imprimir)

Nombre del Estudiante: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

PA Estado Escuela ID #: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección Presente: _____

Dirección Previa: _____

Autorización a compartir la información al Distrito Escolar del Área Oxford

A: _____
 (Nombre del Distrito Escolar Requisito a Mandar los Registros)

Dirección del Distrito Escolar: _____

Núm. de Tele./Núm. de Fax del distrito: _____

Favor de mandar los registros al: (Círcula la escuela apropiada)

Jordan Bank 536 Hodgson St. Oxford, PA 19363 Phone: 610-932-6625 Fax: 610-932-6662	Elk Ridge 200 Wickersham Rd. Oxford, PA 19363 Phone: 610-932-6670 Fax: 610-932-7836	Nottingham 736 Garfield St. Oxford, PA 19363 Phone: 610-932-6633 Fax: 610-932-4630	Hopewell 602 Garfield St. Oxford, PA 19363 Phone: 484-365-6159 Fax: 484-365-6167	Penn's Grove 301 S. Fifth St. Oxford, PA 19363 Phone: 610-932-6623 Fax: 610-932-6619	Oxford High School 705 Waterway Rd. Oxford, PA 19363 Phone: 610-932-6646 Fax: 610-932-6649
---	--	---	---	---	---

Esta carta está escrita para pedir que manden todos los registros escolares incluso marcas de exámenes uniformados relacionado al estudiante indicado arriba a la atención de: _____.

Está entendido que esta información servirá a ayudar el Distrito Escolar del Área Oxford en ofrecer servicios apropiados y no estará compartido ni discutido con otras personas fuera del distrito a menos que este pedido por la Corte o con permiso escrito del padre o guardián del estudiante.

Firma del Padre /Guardian

Fecha

Information sent via FAX on _____ by _____

Information sent via MAIL on _____ by _____



A Proud Tradition - A Bright Future

Autorización a Compartir las Evaluaciones de Estudiantes de Educación Especial

Nota: Si usted está matriculando a estudiante para kindergarten o para el primer grado, usted no necesita llenar este formulario a menos que el estudiante haya atendido kindergarten, primer grado o un programa temprano de la intervención en una escuela diferente y ha tenido servicios de la educación especial. Favor de completas si matricules otro estudiante que haya tenido educación especial.

(Favor de imprimir)

Nombre del Estudiante:

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

PA Estado Escuela ID #: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección Presente: _____

Dirección Previa: _____

Autorización a Compartir Información con el Distrito Escolar del Área Oxford

A: _____

(Nombre de Oficina del Doctor u Otra Organización)

Dirección: _____

Núm. de Tele./Núm. De Fax: _____

Esta letra está escrita a pedir que manden la información siguiente relacionado al estudiante indicado arriba.

- _____ Evaluaciones Psicológicas
- _____ Evaluaciones del Psiquiatra
- _____ Evaluaciones del Neurólogo
- _____ Evaluaciones Diagnósticos
- _____ Resúmenes Sociales

Favor de mandar los registros a : Oxford Area School District
Special Education Department
125 Bell Tower Lane
Oxford, PA 19363

Está entendido que esta información servirá a ayudar el Distrito Escolar del Área Oxford en ofrecer servicios apropiados y no estará compartido ni discutido con otras personas fuera del distrito a menos que este pedido por la Corte o con permiso escrito del padre o guardián del estudiante.

Firma del padre /guardian legal

Fecha

Information sent via FAX on _____ by _____

Information sent via MAIL on _____ by _____

