# الموافقة على الإفصاح عن المعلومات السرية

(قواعد USBE رقم IV.V.14.)

المنطقة التعليمية/المدرسة:

اسم الطالب:تاريخ الميلاد:الصف:

**تصريح للأشخاص أو الوكالات المذكورة أدناه بالإفصاح لبعضهم البعض عن المعلومات السرية الخاصة بالطالب المذكور أعلاه.**

اسم ووظيفة ممثل طاقم المدرسة

اسم المَدرسة

العنوان:

رقم الفاكس:

الممثل/الوكالة

اسم الممثل/الوكالة

العنوان:

رقم الفاكس:

**السجلات التي سيتم كشفها/الإفصاح عنها**

تقييمات مستقلة، السجلات الطبية، تقييمات نفسية

اختبارات مهنية، إجادة اللغة الإنجليزية

سجلات أخرى للوكالة الخارجية المذكورة أعلاه (حدد):

**الغرض من الكشف/الإفصاح**

مساعدة لجنة برنامج التعليم الفردي على التخطيط التعليمي

غير ذلك (حدد):

**الرجاء وضع علامة على الإجابات المناسبة أدناه.**

تم إطلاعي بشكل تام بلغتي الأم أو بطريقة تواصل أخرى وأفهم طلب المدرسة لموافقتي، وفقًا للموضح أعلاه. وسيتم الإفصاح عن هذه المعلومات عند استلام موافقتي الخطية.نعم لا

أفهم أن موافقتي طوعية ويجوز إلغاؤها في أي وقت. غير أني أدرك أن الإلغاء ليس بأثر رجعي (أي، أنه لا يلغي أي إجراء حدث بعد منح الموافقة وقبل إلغاء الموافقة).نعم لا

أمنح إذني بالكشف/الإفصاح عن السجلات المحددة للأشخاص/الوكالات المذكورة.

نعم لا

توقيع ولي الأمر/الطالب الراشد التاريخ

توقيع المترجم التحريري/الفوري، في حالة الاستعانة به التاريخ

**يرجى إعادة هذا النموذج إلى:**

في

ممثل طاقم المدرسةالمدرسة

**لمزيد من المعلومات، تواصل مع:**

في

ممثل طاقم المدرسة رقم الهاتف