

الموافقة على تبادل المعلومات السرية الخاصة بالطالب

أن الغرض من هذه الأستمارة هو الحصول على أذن من الوالدين، الوصي الشرعي، أو الطلاب القاصرين المتحررين (غير المرتبطين أو تحت وصاية ولي الأمر) بالسماح لكادر مدارس مقاطعة فيرفاكس الحكومية (FCPS) لتبادل معلومات الطالب السرية (الخطية، أو الشفوية، أو كلاهما) مع الأشخاص أو الوكالات المكلفة والمذكورة في هذا التفويض. لغرض إعطاء موافقتكم على تبادل السجلات التعليمية، يرجى الإطلاع على الأستمارة رقم SS/SE-79.

اسم الطالب	رقم الهوية	تاريخ الميلاد	التاريخ
اسم الوالد/الوالدة أو الوصي الشرعي	اسم الوالد/الوالدة أو الوصي الشرعي	المدرسة	المرحلة الدراسية

ضع علامة على واحد مما يلي:

- أنا والد(ة)/الوصي الشرعي عن الطالب المذكور أسمه أعلاه، وهو طالب قاصر غير متحرر (تحت وصاية ولي الأمر) تحت سن 18 عام. أعطي موافقتي بموجب هذه الوثيقة على تبادل معلومات الطالب السرية* المتعلقة بهذا الطالب بين مدارس مقاطعة فيرفاكس الحكومية FCPS وبين الأشخاص أو المؤسسات المذكورة أدناه.
- أنا والد/الوالدة/الوصي الشرعي للطالب المذكور أسمه أعلاه، وأنا أملك حق اتخاذ القرار عن الأمور التعليمية. أعطي موافقتي بموجب هذه الوثيقة على تبادل معلومات الطالب السرية* المتعلقة بهذا الطالب بين مدارس مقاطعة فيرفاكس الحكومية FCPS وبين الأشخاص أو المؤسسات المذكورة أدناه.
- أنا طالب متحرر (لست تحت وصاية ولي الأمر) وأبلغ أقل من 18 عام. أعطي موافقتي بموجب هذه الوثيقة على تبادل معلومات الطالب السرية* بين مدارس مقاطعة فيرفاكس الحكومية FCPS وبين الأشخاص أو المؤسسات المذكورة أدناه.
- أنا طالب يبلغ سني أكثر من 18 عام. أعطي موافقتي بموجب هذه الوثيقة على تبادل معلومات الطالب السرية* بين مدارس مقاطعة فيرفاكس الحكومية FCPS وبين الأشخاص أو المؤسسات المذكورة أدناه.

* يرجى وضع دائرة على كل ما ينطبق: خطي شفوي

الصلة بالطالب	معلومات الإتصال	أسم المؤسسة/الشخص
الصلة بالطالب	معلومات الإتصال	أسم المؤسسة/الشخص
الصلة بالطالب	معلومات الإتصال	أسم المؤسسة/الشخص
الصلة بالطالب	معلومات الإتصال	أسم المؤسسة/الشخص

الغرض من تبادل المعلومات: إذا كانت هذه الموافقة للتصريح بأعطاء المعلومات لغرض معين، يرجى إعطاء وصف بذلك

وقت محدد: إذا كانت هذه الموافقة للتصريح بتبادل هذه المعلومات خلال فترة زمنية معينة، يرجى كتابة بداية ونهاية تاريخ الموافقة:

تاريخ نهاية الموافقة

تاريخ بداية الموافقة

الموافقة:

أنا أعطي الموافقة

التاريخ

توقيع ولي أمر الطالب/الوصي الشرعي