

San Dieguito Union High School District
NOTIFICACIÓN ANUAL 2010-2011
- Página de Firmas -

A

DIRECTORIO DE INFORMACIÓN:

De acuerdo con las leyes federales y estatales, el Distrito puede transmitir /ceder la información del directorio de información de los estudiantes. Esto quiere decir que, de acuerdo con la póliza de la Mesa Directiva de Educación, puede transmitirse la información de cada estudiante; nombre, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, domicilio, número de teléfono, curso de estudios, participación en actividades escolares, fechas de asistencia, reconocimientos, y historial de asistencia. Para los atletas, puede también cederse la información de su altura y peso. La información del directorio que sea apropiada, se le puede transmitir /ceder a cualquier agencia o persona, excepto a organizaciones privadas, de lucro, (además de; A posibles empresas de empleo, o a la prensa). Los nombres y domicilios de estudiantes del 12avo grado, o estudiantes que terminan, se puede transmitir / ceder a las escuelas públicas, universidades y reclutadores militares.

Bajo la solicitud por escrito de parte del padre de un/a estudiante de 17 años o menor, el Distrito no transmitirá / no cederá la información del directorio acerca de el/la estudiante. Si el/la estudiante tiene 18 años, es mayor o está inscrito/a en una institución de instrucción post-secundaria, y presenta una solicitud por escrito, se honorará su solicitud de negar acceso a la información del directorio. La solicitud deberá de someterse entre los 30 días después de haber recibido ésta notificación.

Si usted elige que **NO** se le entregue la información del directorio a ninguna agencia foránea, incluyendo a la militar, por favor, firme y regrese el formulario a la oficina de asistencia de la escuela entre los 30 días de haber recibido ésta notificación. **La firma del padre, le prohíbe** al Distrito transmitir / ceder la información del directorio a la militar, la prensa, escuelas, organizaciones de padres y maestros, empleos y entidades similares.

SU FIRMA AQUÍ ES OPCIONAL:

Por favor coloque una marca (X) solamente en donde **NO DESEA** que se divulgue la información de su estudiante para:

- La Militar Las Universidades y Colegios Los Posibles Patrones de Empleo
- La Red de Intercomunicación (con fotografías y/o entrevistas acerca de las actividades escolares / deportes)
- La Prensa / Medios de Comunicación Masiva (con fotografías y/o entrevistas acerca de actividades escolares / deportes)
- El Anuario Escolar (Yearbook) ("no release", su señal aquí indica que usted **no** desea que la foto de su hijo/a salga en el anuario escolar)

Nombre de el/la Estudiante: _____
Imprima por favor Escuela a la que asiste Grado

Nombre del Padre/Guardián: _____
Imprima por favor

Firma del Padre/Guardián: **X** _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN MÉDICA: Código de Educación EC §49423:

Clínica/Nombre del Médico de el/la Estudiante: _____
Nombre y Domicilio del Médico o Clínica Teléfono de Contacto para la Clínica / Médico

Doy mi consentimiento para que el personal escolar se comunique con el médico de mi hijo/a: NO **SÍ**

El/la estudiante está bajo un régimen de medicamento: NO **SÍ**

¿Necesita tomar medicamento durante el horario escolar?: NO **SÍ**

Si el/la estudiante está bajo un régimen de medicamento que necesita administración durante el horario escolar, el padre deberá de completar y entregar el formulario de autorización "**Authorization for Medication Administration**", en la oficina de enfermería escolar **con la firma del padre y del médico**. El formulario está disponible en la página Web: <http://www.sduhsd.net/downloads/>

RECONOCIMIENTO DEL PADRE / GUARDIÁN ACERCA DE LAS ACTIVIDADES ESCOLARES ESPECÍFICAS:

El Código de Educación Sección 48982 **REQUIERE** que los padres firmen y regresen éste reconocimiento a la oficina de asistencia de la escuela, indicando así, que se les ha informado acerca de sus derechos; No obstante, su firma no es una autorización para participar en ningún programa en particular que ya se haya proporcionado o retenido.

Por medio de la presente, doy mi firma en reconocimiento / constancia de que he recibido la información acerca de mis derechos, responsabilidades y protección. También certifico, bajo penalidad de perjurio que soy residente del Distrito, como se ha verificado previamente, o atiendo bajo la aprobación de un Acuerdo de Ínter-Distrito

Nombre del Padre / Guardián (Imprima por favor) Teléfono # Celular # Nombre de el/la Estudiante: (Imprima por favor)

Se Requiere la Firma del Padre/Guardián Legal: X _____ Fecha: _____

FAVOR DE REGRESAR ÉSTA PÁGINA A LA OFICINA DE LA ESCUELA DE SU ESTUDIANTE