



Fecha:

Nombre de Estudiante:

Fecha de Nacimiento:

Escuela:

Grado:

Frank Sparkes Sybil Crookham Winfield Elementary Winton Middle

Autorización para Intercambiar Información

Autorizo por este medio el lanzamiento/e intercambio de información pertinente a el/la estudiante nombrado/a arriba.

_____ Educacional

_____ Psicológica

_____ Medical

_____ Otro _____

_____ Por favor indique cualquier restricción en actividad física

Departa de: _____
Nombre/Agencia

Dirección

Ciudad/Estado/Código Postal

Para: _____
Nombre y Titulo

Winton School District
7000 N. Center St, P.O. Box 8
Winton, CA 95388

Esta autorización permanecerá válida por un año.

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Winton School District
7000 N. Center St, P.O. Box 8 / Winton, CA 95388
Tel: (209) 357-6175 / Fax: (209) 357-1994

Authorization for Exchange of Information
Updated: 05/08/2007-MC