MARTHA'S VINEYARD PUBLIC SCHOOLS

4 PINE STREET, VINEYARD HAVEN, MA 02568 · 508.693.2007 FAX: 508.693.3190 WEB: HTTP:// WWW.MVYPS.ORG

MATTHEW T. D'ANDREA, LP.D.
SUPERINTENDENT

RICHARD M. SMITH, ED.D.
ASSISTANT SUPERINTENDENT

Excellence and Equity For All Children

HOPE T. MACLEOD, M.ED., BCBA
DIRECTOR OF STUDENT SUPPORT SERVICES (SECONDARY)

NANCY W. DUGAN, M.ED., BCBA
DIRECTOR OF STUDENT SUPPORT SERVICES (ELEMENTARY)

SOLICITAÇÃO DE LIBERAÇÃO DE REGISTRO

_____ _____ _____ SS# _____
SOBRENOME *NOME* *NOME DO MEIO* *SÉRIE* *DATA DE NASCIMENTO* *NÚMERO DO SEGURO SOCIAL*

_____ _____ _____ _____
ENDEREÇO *CIDADE* *ESTADO* *CEP*

_____ _____
PAI/MÃE/RESPONSÁVEL *NÚMERO DE TELEFONE*

_____ _____
ESCOLA DA QUAL ESTÁ SE DESVINCULANDO *ESCOLA NA QUAL ESTÁ INGRESSANDO*

ESCOLA/AGÊNCIA LIBERANDO A INFORMAÇÃO

_____

_____

_____

_____

No. do telefone _____

No. do fax _____

E-Mail: _____

ESCOLA/AGÊNCIA SOLICITANDO A INFORMAÇÃO

_____

_____

_____

_____

No. do telefone _____

No. do fax _____

E-Mail: _____

TIPO DE MATERIAL:

- ☐ Registro educacional padrão
- ☐ Cópia do certificado de nascimento
- ☐ Registros de imunização
- ☐ Certificado de audição, visão e dentário
- ☐ Cópia do cartão de seguro social
- ☐ Disciplina / Frequência
- ☐ Programas/Serviços: *Gifted, ESOL, SST*
- ☐ Registro médico
- ☐ Registro educacional especial
- ☐ Relatório psicológico
- ☐ Qualificação/IEP
- ☐ Registro de colocação
- ☐ Outro _____
- ☐ Outro _____
- ☐ Outro _____
- ☐ Outro _____

Por meio desta, autorizo o *Martha's Vineyard Public School System* **A** ☐ **LIBERAR** ☐ **OBTER** informação pertinente ao aluno mencionado acima com o propósito de **PLANEJAMENTO EDUCACIONAL** ☐ **TRATAMENTO MÉDICO** ☐ ou (favor especificar)
_____

☐ Meu filho recebe serviços de educação especial ☐ Meu filho não recebe serviços de educação especial

_____ _____
Assinatura da pessoa que autoriza Data

Endereço posterior do pai/mãe/responsável: _____ No. de telefone: _____

Data da solicitação dos registros: _____ Data de recebimento dos registros: _____