



LIBERTY PARTNERSHIPS PROGRAM SOLICITUD

Sistema de cuidado de crianza: Si No

¿Como supiste de nosotros?

NECSD profesor NECSD sitio web Evento comunitario Ilamada/ Email

Redes sociales/internet Otro _____

_____:
Nombre: primero _____ apellido _____
: _____



LIBERTY PARTNERSHIPS PROGRAM SOLICITUD

AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPACIÓN Y ACCESO A LOS REGISTROS DEL ESTUDIANTE

Al firmar este formulario, el estudiante y el padre / tutor aceptan lo siguiente: Doy permiso para participar en el Programa Liberty Partnerships. Entiendo que este formulario otorga permisos LPP para lo siguiente: • Obtención y revisión de ciertos registros educativos confidenciales, información o datos que pueden estar protegidos por la ley estatal y federal, que incluyen, entre otros, la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia y la Ley de Educación del Estado de Nueva York §2-d que incluye, entre otros, boletas de calificaciones, transcripciones, registros de asistencia, referencias disciplinarias.



LIBERTY PARTNERSHIPS PROGRAM SOLICITUD

OFFICE USE ONLY

Reviewed by

Staff Name: _____

Staff Signature: _____

Date: _____

Eligibility Factor: Check all that apply

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9.

Identified Not Identified Other Designation

Outcome:

Director's Signature: _____

Date: _____