



Elgin High School
 1200 Maroon Drive
 Elgin, Illinois 60120-8197
 (847) 888-5100
 *FAX (847) 888-6997
 S. Mayer

CONSENT FOR RELEASE OF STUDENT RECORDS

Student Name: _____ Birthdate: _____
Last First Middle

U-46 School Attended: _____ Grade: _____

I authorize School District U-46 to **release** information concerning the above named student to:

I authorize School District U-46 to **obtain** information concerning the above named student from: Previous School

NAME/AGENCY: REGISTRAR
 ADDRESS: ELGIN HIGH SCHOOL
 1200 MAROON DRIVE
 ELGIN IL 60120

TELEPHONE: _____ FAX: _____
State Zip

TO Parent(s)/Guardian: Please INITIAL each item of information listed below you wish to have released.

INITIAL

- _____ Permanent Records such as: student's identifying information, parent's name and address, academic transcripts/test scores, attendance records, accident and health records, honors and rewards received, participation in school-sponsored activities
- _____ Temporary Records such as: disciplinary information, class schedule, test scores, family background information, teacher anecdotal information, verified reports from non-school persons or agencies
- _____ * Special Education Records including all Case Study Components, I.E.P.'s, and MDC Reports
- _____ * Speech/Language, Physical or Occupational Therapy Reports/Evaluations
- _____ * Social work reports/assessment
- _____ * Psychological Evaluations
- _____ * Special education files including reports of multidisciplinary staffings
- _____ * Health History
- _____ * Verified reports from non-school persons or agencies which were part of special education decisions
- _____ Other (specify) _____

I understand that as a parent/guardian, upon written request, I have the right to **inspect, copy, and challenge** the contents of the school student records prior to release, for which I am authorizing release (105 ILCS 10/6, 10-8 Illinois School Student Records Act). I also have the right to designate the school student records to be released or to identify specific portions of a school record to be released by this consent. Any such limitations have been noted above.

Complete this section

Parent/Guardian Signature	Print Parent Name	Date
New Home Address	City	State Zip
Phone #		

NOTICE TO AGENT/PERSON RECEIVING RECORDS: Under the law, you are prohibited from allowing any other person access to any information from the student's record unless you obtain prior, written consent of the student's parent.

*All Special Education records for School District U-46 should be addressed to: **Director of Special Education, U-46 Educational Services Center, 355 E. Chicago Street, Elgin, IL 60120.**



Elgin High School
 1200 Maroon Drive
 Elgin, Illinois, 60120-8197
 (847)888-5100
 * FAX (847) 888-6997
 S. Mayer

PERMISO PARA OBTENER LOS DOCUMENTOS DEL ALUMNO

Nombre Del Estudiante: _____ Fecha De Nacimiento: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Escuela A La Cual Asistio En U-46: _____ Grado: _____

- Le doy permiso al Distrito Escolar U-46 que **entregué** información concerniente al estudiante mencionado arriba a:
- Le doy permiso al Distrito Escolar U-46 que **obtenga** información concerniente al estudiante mencionado arriba de: Escuela anterior

Nombre/Agencia: _____
 Dirección: _____
 ELGIN HIGH SCHOOL
 1200 MAROON DRIVE
 ELGIN IL 60120
 Código Postal _____

Número De Teléfono: _____ Fax: _____

Al Padre/Tutor: Por favor marque cada artículo de información con las **INICIALES** de su nombre si quiere dar su permiso.

INICIALES

- _____ Documentos Permanente como: información que identifica al alumno, el nombre y dirección de los padres, copias de datos académicos, registro de asistencia, registro de accidentes y de salud, de honores y premios recibidos y de participación en las actividades patrocinadas por la escuela.
- _____ Documentos Temporales como: información sobre la conducta del alumno, horario de las clases, calificaciones en los exámenes, historia sobre la familia, información anotada por maestros, información verificada por personas o agencias fuera de la escuela.
- _____ * Informes de Educación Especial incluyendo toda información referente al caso, el programa de instrucción individual, e informes
- _____ * Habla/Lenguaje, Informes de terapia física u ocupacional, evaluaciones
- _____ * Informes del trabajo social, evaluaciones
- _____ * Evaluaciones Psicológicas
- _____ * Archivos de educación especial incluyendo informes de todo el personal que ha trabajado con el estudiante.
- _____ * Historial de salud
- _____ * Informes verificados del personal y agencias fuera de la escuela que tomaron parte en la decisiones referente a la educación especial del estudiante.
- _____ Otro (especificar) _____

Yo tengo entendido que como padre/tutor tengo el derecho, mandando una petición por escrito de revisar, hacer copias y cuestionar el contenido antes de que el archivo sea enviado, el cual autorizo que se envíe (105 ILCS 10/6, 10-8 Ley del Estado de Illinois sobre los Archivos Estudiantiles). También tengo el derecho de especificar que archivos o identificar partes específicas que deben ser enviados con este consentimiento. Arriba se indican tales limitaciones.

Favor de completar esta seccion

Firma del Padre/Tutor		El nombre del padre/tutor en letra de molde		Fecha
Dirección Nueva		Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono				

NOTICE TO AGENT/PERSON RECEIVING RECORDS: Under the law, you are prohibited from allowing any other person access to any information from the student's record unless you obtain prior, written consent of the student's parent.

*Todo los registros de Educación Especial del Distrito Escolar U-46 deben ser dirigidos a: **Director of Special Education, U-46 Educational Services Center, 355 E. Chicago Street, Elgin, IL 60120.**