

BEACON CITY SCHOOL DISTRICT
ADMINISTRATIVE OFFICES
10 Education Drive
Beacon, New York 12508
845-838-6900 phone
845-838-6905 fax

FERPA RELEASE OF INFORMATION

The purpose of the Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) is to protect the privacy of information concerning individual students by placing certain restrictions on the disclosure of "non-directory information" contained in a student's educational records. I understand that I have the right not to consent to the release of my educational records and I have the right to receive a copy of such records upon request.

Name of Student _____ DOB ____/____/____
(Please Print)

I, the undersigned, hereby authorize the Beacon City School District ("District") to **release/request** educational records from my child's former school district.

To/From the following School and/or Agency:

Name: _____

Address: _____

Telephone: _____

For the purpose of (e.g. providing a recommendation, providing information about, etc.):

Registration _____

I understand that this authorization remains in effect from today through ____/____ (month/year). I also understand that it will be necessary to send a written request to the District to revoke this authorization by that any such revocation shall not affect disclosures previously made by the District prior to the receipt of any such written authorization.

Signature of Parent/Legal Guardian: _____ Date: ____/____/____

Eligible Student Signature: _____ Date: ____/____/____

BEACON CITY SCHOOL DISTRICT
ADMINISTRATIVE OFFICES
10 EDUCATION DRIVE
BEACON, NEW YORK 12508
PHONE 845-838-6900
FAX 845-838-6905

FERPA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

El propósito de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) es proteger la privacidad de la información relativa a los estudiantes individuales mediante la imposición de ciertas restricciones sobre la divulgación de "información que no pertenece al directorio" contenida en los registros educativos de un estudiante. Entiendo que tengo derecho a no dar mi consentimiento para que se divulguen mis registros educativos y tengo derecho a recibir una copia de dichos registros cuando lo solicite.

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
(Letra de imprenta)

Yo, el abajo firmante, autorizo al Distrito Escolar de Beacon City ("Distrito") a **liberar/solicitar** registros educativos del antiguo distrito escolar de mi hijo.

A/De la siguiente Escuela y/o Agencia:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Con el propósito de (por ejemplo, brindar una recomendación, brindar información sobre, etc.):

Registro _____

Entiendo que esta autorización permanece vigente desde hoy hasta el ____/____ (mes/año). También entiendo que será necesario enviar una solicitud por escrito al Distrito para revocar esta autorización, ya que dicha revocación no afectará las divulgaciones realizadas previamente por el Distrito antes de recibir dicha autorización por escrito.

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: ____/____/____

Firma del estudiante elegible: _____ Fecha: ____/____/____