



社區團體  
家長/監護人同意書  
2020-2021 認可

Public Health – Seattle & King  
County  
School-Based Partnerships Program  
401 5<sup>th</sup> Ave #1000  
Seattle, WA 98104  
206.263.8350

Ingraham High School  
King County Public Health  
1819 N 135<sup>th</sup> St.  
Seattle, WA 98133  
(206) 205-0430

在家庭教育權利與隱私法案之下(FERPA)同意透露教育記錄

本人同意讓西雅圖校區將我子女的教育記錄向以上所列的機構透露。

本人明白教育記錄包括、但不限於:

1. 學生姓名，出生日期與聯絡資訊
2. 學生基本資料: 包括特殊教育狀況和 504 的狀況，和種族
3. 出席記錄
4. 懲戒記錄
5. 課業與成績紀錄
6. 考試成績紀錄
7. 入學紀錄
8. 作業分數
9. 未來和錯過的作業

此項透露包括允許機構職員使用自動傳送資料的方法，透過西雅圖校區來獲得我子女的教育記錄。

本人明白與以上機構透露記錄的目的，是要讓我的子女在校健康中心醫療和/或心理健康提供者通知他們有關他/她的學業課程與進度。西雅圖和景郡 - 公共健康部門與, Kaiser Permanente 共同合作，職員們將會與我的子女和/或他/她的學校共同努力，目的是要改善學生在學校的學業。本人也明白可以呈交一份書面的通知給(西雅圖校區學校和社區合作部) Seattle School District's School & Community Partnership Department, MS: 33-160 P.O. Box 34165 Seattle, WA 98124 讓他們停止將資訊透露給機構職員。

此項透露資訊將包括以上所列的教育記錄，包括學生過去的資料提供給機構職員，在簽署的日期開始直到 2021 年 12 月 31 日有效。

本人授權西雅圖校區向以上機構透露資訊(請清楚填寫):

家長/監護人簽名 (如果學生在 17 歲或以下): \_\_\_\_\_

家長/監護人填寫姓名: \_\_\_\_\_

學生簽名(如果學生在 18 歲或以上): \_\_\_\_\_

今天日期: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
填寫學生姓名 (名字和姓氏)

\_\_\_\_\_  
學生出生年月日

\_\_\_\_\_  
\*\*學生在校區的學校 ID #

\_\_\_\_\_  
學生就讀學校

\*\*學生 ID # 可以在學生 ASB 卡、成績單、學校信件找到，或與子女就讀學校聯絡