



Fecha:

Nombre de Alumno:

Fecha de Nacimiento:

Escuela:

Grado:

**Autorización para el intercambio de información**

Autorizo por este medio el lanzamiento/intercambio de la información pertinente al alumno nombrada arriba.

- Educativo
- Psicológico
- Médico

Otro \_\_\_\_\_  
 Por favor de especificar cualquier restricción de actividades física

Departa De: \_\_\_\_\_  
Nombre/Agencia

\_\_\_\_\_ Domicilio

\_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código

Para: \_\_\_\_\_  
Nombre Y Título

Atwater Elementary School District  
1401 Broadway Ave.  
Atwater, CA 95301

Esta autorización ser válida por un año

Firme de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Special Programs Office**  
1401 Broadway Ave. / Atwater, CA 95301  
(209) 357-6100 / FAX: (209) 358-0133