

MARTHA'S VINEYARD PUBLIC SCHOOLS

4 PINE STREET, VINEYARD HAVEN, MA 02568 · 508.693.2007 FAX: 508.693.3190 WEB: HTTP:// WWW.MVYPS.ORG

RICHARD M. SMITH, ED.D.
SUPERINTENDENT

Excellence and Equity For All Children

HOPE T. MACLEOD, M.ED., BCBA
DIRECTOR OF STUDENT SUPPORT SERVICES

SOLICITAÇÃO DE LIBERAÇÃO DE REGISTRO

_____ SOBRENOME	_____ NOME	_____ NOME DO MEIO	_____ SÉRIE	_____ DATA DE NASCIMENTO
_____ ENDEREÇO	_____ CIDADE		_____ ESTADO	_____ CEP
_____ PAI/MÃE/RESPONSÁVEL			_____ NÚMERO DE TELEFONE	

ESCOLA DA QUAL ESTÁ SE DESVINCULANDO

ESCOLA NA QUAL ESTÁ INGRESSANDO

ESCOLA/AGÊNCIA LIBERANDO A INFORMAÇÃO

ESCOLA/AGÊNCIA SOLICITANDO A INFORMAÇÃO

Tisbury School

Attention: Esther Teves

40 West William St; PO Box 878

Vineyard Haven, MA 02568

No. do telefone _____

No. do telefone 508-696-6500

No. do fax _____

No. do fax 508-338-2909

E-Mail: _____

E-Mail: eteves@mvyps.org

TIPO DE MATERIAL:

- Registro educacional padrão
- Cópia do certificado de nascimento
- Registros de imunização
- Certificado de audição, visão e dentário
- Cópia do cartão de seguro social
- Disciplina / Frequência
- Programas/Serviços: *Gifted, ESOL, SST*
- Registro médico

- Registro educacional especial
- Relatório psicológico
- Qualificação/IEP
- Registro de colocação
- Outro _____
- Outro _____
- Outro _____
- Outro _____

Por meio desta, autorizo o *Martha's Vineyard Public School System* a **LIBERAR** **OBTER** informação pertinente ao aluno mencionado acima com o propósito de **PLANEJAMENTO EDUCACIONAL** **TRATAMENTO MÉDICO** ou (favor especificar)

Meu filho recebe serviços de educação especial

Meu filho não recebe serviços de educação especial

Assinatura da pessoa que autoriza

Data

Endereço posterior do pai/mãe/responsável: _____ No. de telefone: _____

Data da solicitação dos registros: _____

Data de recebimento dos registros: _____