

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES

Para Niños de Edad Escolar en Cuidado de Crianza(Foster Care)



Green Bay Area
Public School District
Engagement. Equity. Excellence.

Nombre de padres/apoderado legal:	
Domicilio de padres/apoderado legal	

Apellido del Alumno	Nombre del Alumno	Fecha de Nacimiento de Alumno

Yo soy el padre de familia/apoderado legal del niño(s) de edad escolar mencionado(s) anteriormente. Por la presente autorizo a la escuela de cada niño/a en la lista anterior de proporcionar al Departamento del Condado de Brown de Servicios Humanos y al padre de familia de crianza actual de cada niño/a acceso a toda la información necesaria para apoyar la educación y el progreso de mi hijo/a(s) en la escuela, incluyendo, pero no limitado a: avisos de reuniones, programas de educación individual (IEP), informes de progresos, calificaciones, tareas de clase, problemas de disciplina, informes de faltas injustificadas, y el acceso a los archivos estudiantiles electrónicos. Además, autorizo a los **PADRES DE CRIANZA** comunicarse con el personal escolar con respecto a cada uno de los niño/a(s) antes indicado(s). Además, autorizo a los **PADRES DE CRIANZA** a asistir a reuniones escolares para cada uno de mis hijos, a designar agentes para proporcionar manera segura de llevar y recoger a mi hijo/a de la escuela, y para actuar como el padre de familia de mi hijo/a en mi ausencia.

Nombre del padre de crianza	Dirección del padre de crianza:	Ciudad/Estado/Código postal del padre de crianza	Núm. de teléfono del padre de crianza

Esta delegación de autoridad a los **PADRES DE CRIANZA** incluye lo siguiente (*marque todos los que aplican*):

- Comunicación con los oficiales de la escuela.
- Autorización para que mi hijo/a(s) participe en programas escolares co-curriculares.
- Autorización para que mi hijo/a(s) participe en un paseo dentro del estado patrocinado por la escuela.
- Autorización para que mi hijo/a(s) asista a cualquier asamblea estudiantil u otro programa patrocinado por la escuela
- Autorización para aprobar las selecciones de cursos.
- Autorización para aprobar la provisión de servicios de educación especial.
- Autorización para aprobar la provisión del plan adaptaciones 504.

Yo continuaré recibiendo la siguiente información actual en cuanto al progreso escolar de mi hijo/a(s) (*marque todos los que apliquen*):

- IEP y planes de 504.
- Reporte de progreso y boletas de calificaciones.
- Avisos de todas las reuniones del programa IEP.
- Avisos de todas las reuniones 504.
- Avisos de cualquier suspensión, expulsión, absentismo u otras reuniones o audiciones de disciplinarias.
- Avisos de todas las reuniones de padres y maestros.

Continuaré teniendo el derecho, a menos que se limite por una orden de corte, de repasar y autorizar la revelación de los archivos escolares de mi(s) hijo/a(s) según sea apropiado. Si la escuela falla en proveerme acceso a la información mencionada anteriormente, mi trabajador social actual designado a mí, abogará por mí y obtendrá tal información o archivos a favor de mí.

Yo entiendo que puedo revocar por escrito este consentimiento en cualquier momento. Yo mantendré libre de culpa a toda persona que actúe de acuerdo con este consentimiento. Una copia de este consentimiento debe ser considerado con tanta validez como el original.

Fecha

Firma de Padre de familia/Apoderado legal

Firma del testigo: _____

Nombre en letra de molde: _____