



Community Academy of Philadelphia
a Pennsylvania Charter School

STUDENT SERVICES
1100 East Erie Avenue
Philadelphia, PA 19124

T 215.533.6700
F 215.533.6722

www.communityacademy.org

>Note: Este permiso se vence en 90 dias de la fecha firmada por padre/guardián
AUTORIZACIÓN PATERNAL DE LIBERACIÓN DE ARCHIVOS
POR TELÉFONO O EN PERSONA

(DEBE SER COMPLETADO EN SU TOTALIDAD; LA FORMA FERPA 01 TAMBIÉN DEBE SER COMPLETADA Y ATADA)

Yo solicito los archivos de mi niño (Por favor indique claramente los archivos solicitados):

[ ] POR TELEFONO; [ ] EN PERSONA; [ ] AMBOS

Nombre de Niño: \_\_\_\_\_

Fecha de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Éstos archivos puede ser hablado con la siguiente persona/institución y la dirección:

Persona de Contacto: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono #: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Fax #: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Para obedecer las regulaciones de Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA),
Certifico el propósito para qual estos archivos sea revelados es:

Yo autorizo al este(os) empleado de CAPCA que participe en la discusión:

Aún más, tengo una certeza que esta tercera persona no revelará la información de mi niño sin mi
permiso escrito.

Certifico que yo soy padre/encargado de este niño; estoy presente para autorizar la liberación de
los archivos de mi niño de Community Academy of Philadelphia CS a la persona y la institución
mencionado arriba.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma de Padre/Encargado

Fecha