



J. Sterling Morton High Schools
 Morton Freshman Center
 1801 55th Ave, Cicero, IL 60804
 Phone (708) 863-7900 Ext. 1212 Fax (708) 780-2889

AUTHORIZATION FOR EXCHANGE OF CONFIDENTIAL INFORMATION

Name of student: _____ Birthdate: _____

Address: _____

As a parent or legal guardian of the above named student, I hereby grant my permission to **Unity Jr High District 99** to exchange confidential information concerning my child with **Morton Schools District 201**.

The purpose of this authorization is: Exchange pertinent information (grades, attendance, status, presenting concerns).

CIRCLE ITEMS LISTED BELOW WHICH YOU DO NOT WANT SENT, OTHERWISE THE ENTIRE RECORD WILL BE FORWARDED.

- | | |
|-----------------------------|--|
| Social History | Anecdotal Records |
| Medical Evaluations/records | Disciplinary information |
| Psychological Evaluations | Multidisciplinary Staff Conference |
| Achievement Testing | Verified information from non-educational agencies |
| Other | |

I understand that I have the right to inspect, copy, or to challenge the contents of the records prior to the records being forwarded.

This authorization terminates at the conclusion of the 2018-2019 school year.

 Date Signature of Parent/ Guardian or Adult Student over age 18

 Address Phone

 Student's Signature Date



J. Sterling Morton High Schools
Morton Freshman Center
1801 55th Ave, Cicero, IL 60804
Phone (708) 863-7900 Ext. 1212 Fax (708) 780-2889

AUTORIZACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Como padre o tutor legal del estudiante mencionado anteriormente, por la presente doy permiso a **Unity Jr High District 99** para intercambiar información confidencial sobre mi hijo/hija con el **Distrito 201 de Escuelas de Morton**.

El propósito de esta autorización es: Intercambiar información pertinente (calificaciones, asistencia, estado, o preocupaciones).

HAGA UN CIRCULO EN EL ARTÍCULOS QUE SE ENCUENTRAN ABAJO QUE NO DESEA SER ENVIADO, DE OTRA MANERA EL REGISTRO SERA TRANSMITADO.

Historia social
Evaluaciones médicas / registros
Evaluación Psicológica
Pruebas de logro
Otro

Registros anecdóticos
Información disciplinaria
Conferencia de Personal Multidisciplinario
Información verificada de agencias no educativas

Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar, copiar o desafiar el contenido de los registros, antes de que se envíen los registros.

Esta autorización finaliza al finalizar el año escolar 2018-2019.

Fecha

Firma del padre / tutor o estudiante adulto mayor de 18 años

Dirección

Telefono

Firma del estudiante

Fecha