|  |
| --- |
| **الغرض:** بصفتك والدًا أو وصيًا أو طالبًا، فإنك تتمتع بالحق في منح الإذن أو عدم منح الإذن بإصدار سجلات طفلك لتوجيهها إلى أشخاص أو وكالات أخرى. يتيح لك هذا الطلب الفرصة للموافقة أو عدم الموافقة على هذا النوع من الطلبات ما لم يُسمح بإصدار السجلات بموجب أحد الاستثناءات المنصوص عليها في القواعد التي تطبق قانون الخصوصية والحقوق التعليمية للأسرة (Family Education Rights and Privacy Act FERPA)، (مثل نقل السجلات من منطقة تعليمية إلى أخرى). |

**الترخيص بإصدار السجلات**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| اسم الطالب: | |  | | | | | | | | التاريخ: | | | |  |
|  | | | |  | |  | | | | | |  | | |
| تاريخ ميلاد الطالب: | | |  | | | | المنطقة التعليمية: | | | | | |  | |
|  | | | |  | |  | | | | | |  | | |
| أمنح أنا الموقع أدناه ترخيصًا بإصدار السجلات: | | | | | | | | | | | | | | |
| من: |  | | | | إلى: | | |  | | | | | | |
| *(اسم الوكالة/الشخص)* | | | | | | *(اسم الوكالة/الشخص)* | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | |  | | | | | | |
| *عنوان الشارع* | | | | |  | | | *عنوان الشارع* | | | | | | |
|  | | | | |  | | |  | | | | | | |
| *المدينة، الولاية، الرمز البريدي* | | | | |  | | | *المدينة، الولاية، الرمز البريدي* | | | | | | |
| **اذكر السجلات التي يمكن كشفها:** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **يتمثل سبب الكشف عن السجل (السجلات) فيما يلي:** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| أدرك أن هذه المعلومات التي يتم الحصول عليها ستتم معالجتها بطريقة سرية من قبل المنطقة التعليمية وفقًا لأحكام قانون الخصوصية والحقوق التربوية العائلية (FERPA). يحظر قانون الخصوصية والحقوق التربوية العائلية (FERPA) الكشف عن معلومات التعريف الشخصية دون موافقة إلا في ظروف محدودة. يُرجى ملاحظة أنه إذا كان الطلب يتعلق بالمعلومات الصحية أو الطبية، فإن المعلومات الطبية التي تتلقاها المنطقة التعليمية محمية بموجب معايير خصوصية قانون الخصوصية والحقوق التربوية العائلية (Health Insurance Portability and Accountability Act FERPA) وليس قانون نقل التأمين الطبي ومسؤوليته (Health Insurance Portability and Accountability Act HIPAA).   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | يُعد التصريح ساريًا من: |  | إلى |  | . | |  | *التاريخ* |  | *التاريخ* |  |   ملاحظة: لإصدار السجلات الطبية، لا يمكن أن يستغرق الترخيص أكثر من 90 يومًا بعد توقيع هذا الترخيص.  أدرك أن موافقتي على إصدار السجلات تكون طوعية ويمكنني سحب موافقتي في أي وقت كتابةً. إذا قمت بسحب موافقتي، فإنها لا تنطبق على المعلومات التي تم تقديمها بالفعل بموجب الموافقة المسبقة على الإصدار. | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | |  | | | |
| *توقيع الوالد/الوصي/الطالب البالغ* | | | | | | | | |  | | *التاريخ* | | | |

[Creative Commons License](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) الترخيص بإصدار السجلات المقدم من مكتب [مراقب التعليم العام (Office of Superintendent of Public Instruction)](http://www.k12.wa.us)   
مرخص بموجب [الرخصة الدولية للمشاع الإبداعي رقم 4.0 (Creative Commons Attribution 4.0 International License)](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).