Distrito Escolar Primario de Glendale #40
Solicitud de Archivos

Yo, _____, deseo solicitar los archivos para el siguiente estudiante.
(Por favor imprima su nombre)

_____ _____
Nombre Completo y Legal del Estudiante Fecha de Nacimiento

_____ _____
Nombre de la Escuela a la cual el Estudiante Asistió Ultima Fecha/Año de Asistencia

_____ _____
Ultimo Grado que Asistió ¿Fue promovido del 8º Grado?

Estoy solicitando los siguientes archivos:

_____ Tarjeta(s) de Calificaciones _____ Asistencia _____ Certificado de Nacimiento _____ Las Vacunas

_____ Resultados de Pruebas _____ Otro: _____

Yo entiendo que seré contactado por teléfono cuando pueda recoger estos archivos.

Mi número telefónico es _____.

Yo por medio de lo presente reconozco que tengo derecho legal para solicitar y obtener estos archivos. Yo entiendo que se me requerirá proveer una identificación valida con fotografía. Yo entiendo que si no soy el padre de nacimiento tengo que proveer pruebas corrientes y validas de la custodia por el hijo del cual estoy solicitando los archivos. Yo entiendo que se me requerirá firmar por todos los archivos cuando sean copiadas y se me presenten. Yo entiendo que la solicitud de archivos será procesada dentro de 5 días de ser recibida.

_____ _____
Firma del Padre/Guardián Fecha

For Office Only: Date request received: _____ Copy of photo I.D.: Yes or No

Request received by: _____(Please print name)

Fecha cuando el padre/guardián recibió los archivos: _____

Firma del Padre/Guardián: _____