

### **Permiso Para Compartir Expediente Escolar**

Por la presente autorizo a (nombre de la escuela/HS/Colegio de su niño/a): \_\_\_\_\_ de compartir el expediente escolar, incluyendo evaluaciones al día, IEP's, y otra información educacional referente a (nombre de su niño/a) \_\_\_\_\_ con el New York Deaf-Blind Collaborative en su rol como proveedores de asistencia técnica. Además autorizo al personal docente a hablar sobre el programa educativo de mi niño/a con el equipo de NYDBC en forma regular.

Nombre de los Padres o Tutor/a:
Firma:
Dirección:
Teléfono:

Si tiene alguna pregunta sobre este permiso favor contactar a:

Susanne Morrow  
Project Director  
718-997-4854  
[susanne.morrow@qc.cuny.edu](mailto:susanne.morrow@qc.cuny.edu)