**DISTRITO ESCOLAR DE SPARTA SPARTA, WI**

Forma de Consentimiento por Padres

Distrito Escolar de Sparta Servicios de Nutrición

**AUTORIZACION PARA COMPARTIR INFORMACION**

Yo autorizo al Departamento de Nutrición en el Distrito de Sparta a compartir información en referencia a mis hijos para los siguientes propósitos (marque todas las que apliquen):

\_\_\_ Para que consideren a mi hijo(a) para alguna beca en los grados pos secundarios en base a la necesidad financiera. Esta información solo será compartida solo con el comité de becas de nuestro Distrito Escolar.

\_\_\_ Para determinar su mi hijo(os) califican con un estudiante indigente (con una necesidad económica) en cual en este caso recibirá una reducción o retiro de cualquier cargos de estudiantes. Los estudiantes indigentes (con necesidad económica) se definen en la Póliza de nuestro Distrito, Articulo 547. Esta información puede ser compartida con el director de la escuela de su hijo(a), la secretaria de la escuela, y con la maestra de salón hogar.

Si usted da permiso de alguna forma antes descrita, la única información que será compartida es el nombre de su hijo(a), fecha de cumpleaños, si califican para las comidas reducidas o gratuitas.

Yo entiendo que este permiso espira al final de este año escolar y solo será utilizada en las áreas que haya yo indicado. Tambien entiendo que tengo el derecho de cancelar esta forma por escrito notificándole al Departamento de Nutrición del Distrito Escolar de Sparta. Tambien entiendo que mi elegibilidad a recibir las comidas gratuitas o reducidas no cambiara al llenar esta forma de consentimiento, por no llenar la forma o por no entregarla a tiempo. Entiendo que copias de este documento son tan validas como la forma original.

La información compartida se mantendrá discreta y será compartida solo con aquellos mencionados anteriormente.

Nombre de Niño(a) DOB

Nombre de Niño(a) DOB

Nombre de Niño(a) DOB

Nombre de Niño(a) DOB

Nombre de Niño(a) DOB

Padre/Madre/Encargado:

Dirección:

Firma: Fecha: