

Martha's Vineyard Public Schools
Excellence and Equity For All Children

RICHARD M. SMITH, ED.D.
SUPERINTENDENT

Equal Opportunity Employer

HOPE T. MACLEOD, M.ED., BCBA
DIRECTOR OF STUDENT SUPPORT SERVICES

MARK A. FRIEDMAN
School Business Administrator

RECORDS RELEASE REQUEST

LAST NAME _____ FIRST NAME _____ M.I. _____ GRADE _____ DATE OF BIRTH _____ SS# _____
ADDRESS _____ CITY _____ STATE _____ ZIP _____
PARENT/GUARDIAN _____ TELEPHONE # _____

SCHOOL-LEAVING _____
SCHOOL/AGENCY RELEASING INFORMATION _____

SCHOOL-ENTERING _____
SCHOOL/AGENCY REQUESTING INFORMATION
Edgartown School
Attn: Pamela J Alwardt
35 Robinson Road
Edgartown MA 02539
Phone No. 508-627-3316
Fax No. 508-627-7983
E-Mail address: palwardt@mv4ps.org

TYPE OF MATERIAL:

- Standard Education Record
- Copy of Birth Certificate
- Immunization Records
- Certificate of Hearing, Vision, and Dental
- Copy of Social Security Card
- Discipline / Attendance
- Programs/Services: Gifted, ESOL, SST
- Medical Record
- Special Education Record
- Psychological Report
- Eligibility/IEP
- Placement Records
- Other _____
- Other _____
- Other _____
- Other _____

I hereby authorize the Martha's Vineyard Public School System to RELEASE OBTAIN pertinent information concerning the above-named student for EDUCATIONAL PLANNING MEDICAL TREATMENT or (please specify) _____

My child receives special education services My child does not receive special education services

Authorizing Signature _____ Date _____
Parent/Guardian Forwarding Address: _____ Telephone No. _____
Date Records REQUESTED: _____ Date Records RECEIVED: _____

Martha's Vineyard Public Schools

Excellence and Equity For All Children

RICHARD M. SMITH, ED.D.
SUPERINTENDENT

HOPE T. MACLEOD, M.ED., BCBA
DIRECTOR OF STUDENT SUPPORT SERVICES

Equal Opportunity Employer

MARK A. FRIEDMAN
School Business Administrator

SOLICITAÇÃO DE LIBERAÇÃO DE REGISTRO

SOBRENOME	NOME	NOME DO MEIO	SÉRIE	DATA DE NASCIMENTO	SS#	NÚMERO DO SEGURO SOCIAL
ENDEREÇO	CIDADE			ESTADO	CEP	
PAI/MÃE/RESPONSÁVEL						NÚMERO DE TELEFONE

ESCOLA DA QUAL ESTÁ SE DESVINCULANDO

ESCOLA NA QUAL ESTÁ INGRESSANDO

ESCOLA/AGÊNCIA LIBERANDO A INFORMAÇÃO

ESCOLA/AGÊNCIA SOLICITANDO A INFORMAÇÃO

Edgartown School
Attn: Pamela J. Alwardt
35 Robinson Road
Edgartown MA 02539

No. do telefone

No. do telefone 508-627-3316

No. do fax

No. do fax 508-627-7983

E-Mail:

E-Mail: palwardt@mvypps.org

TIPO DE MATERIAL:

- Registro educacional padrão
- Cópia do certificado de nascimento
- Registros de imunização
- Certificado de audição, visão e dentário
- Cópia do cartão de seguro social
- Disciplina / Frequência
- Programas/Serviços: Gifted, ESOL, SST
- Registro médico

- Registro educacional especial
- Relatório psicológico
- Qualificação/IEP
- Registro de colocação
- Outro _____
- Outro _____
- Outro _____
- Outro _____

Por meio desta, autorizo o Martha's Vineyard Public School System A LIBERAR OBTER informação pertinente ao aluno mencionado acima com o propósito de PLANEJAMENTO EDUCACIONAL TRATAMENTO MÉDICO ou (favor especificar) _____

Meu filho recebe serviços de educação especial

Meu filho não recebe serviços de educação especial

Assinatura da pessoa que autoriza _____

Data _____

Endereço posterior do pai/mãe/responsável: _____ No. de telefone: _____

Data da solicitação dos registros: _____

Data de recebimento dos registros: _____