

**Escolas Públicas de Newburyport
Autorização de Divulgação de Informações**

Eu, por meio desta, autorizo:

_____ (Professor(a)/Conselheiro(a)/Administrador(a)/Enfermeiro(a)/etc.)

Da:

Newburyport High School
241 High St.
Newburyport, MA 01950

Office: (978)-465-4440 ramal 5012/ramal 5025

Fax: 978-465-2666

E

_____ Nome de terceiros, da Escola ou Organização

_____ Endereço

_____ Cidade, Estado, Código postal

_____ Telefone

_____ Fax

A divulgar todas as informações pertinentes e/ou comunicar-se livremente em relação ao meu filho/minha filha:

_____ Nome do(a) Aluno(a)

_____ Data de nascimento do(a) aluno(a)

_____ Ano Atual na Escola

As informações deverão ser limitadas a:

_____ Assinatura do Pai/Mãe/Responsável

_____ Data