



## Consentimiento para divulgar la información del alumno

Para poder inscribir a mi hijo en Wisconsin Center for the Blind and Visually Impaired y en American Printing House for the Blind (APH\*), autorizo por el presente

a \_\_\_\_\_ (*Distrito escolar y/o agencia local*) a compartir la información que identifica a mi hijo personalmente del siguiente modo: Apellido, nombre, segundo nombre, fecha de nacimiento, distrito escolar, en qué grado se encuentra, función visual, medio de lectura primario y secundario y referencia cruzada de hermanos también inscriptos (para evitar una doble inscripción).

Yo, \_\_\_\_\_ (*escriba el nombre en letra de molde*), certifico que soy el padre/madre/tutor de \_\_\_\_\_ (*nombre completo del alumno*), cuya fecha de nacimiento es el \_\_\_\_\_ (*fecha de nacimiento completa del alumno*), y que es un dependiente de acuerdo con la Sección 152 del Código de Rentas Internas (Internal Revenue Code) si tiene más de dieciocho años de edad.

Entiendo que esta autorización permanecerá vigente a menos que yo la revoque por escrito. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando un correo electrónico a [aphcensus@wcbvi.k12.wi.us](mailto:aphcensus@wcbvi.k12.wi.us)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre

\_\_\_\_\_  
Fecha

*\*APH es una organización para ciegos sin fines de lucro. De acuerdo con la Ley federal de promoción de la educación de las personas ciegas ("Act to Promote the Education of the Blind"), todos los alumnos que cumplan con la definición de ceguera recibirán libros de texto especializados y materiales accesibles por medio del programa de cuotas federales de APH (APH, Federal Quota Program).*