

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

Eu, por meio desta, autorizo:

\_\_\_\_\_  
(Professor(a)/Conselheiro(a)/Administrador(a)/Enfermeiro(a)/etc.)

Da:

Edward G. Molin Upper Elementary School

70 Low St.

Newburyport, MA 01950

Office: 978-463-8212

Fax: 978-463-3280

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