



Autorización de Padres para el Envío a Nivel Estatal

Doy mi permiso No doy mi permiso

para que mi nombre y dirección se agreguen a una Lista de Correo para Padres en todo el estado, que se utilizará para enviar boletines periódicos de información de la Unidad de Servicios Estudiantiles Excepcionales del Departamento de Educación de Colorado.

Entiendo que la información en los boletines incluirá información sobre (a) conferencias; b) grupos de padres; c) cuestiones específicas de la educación; (d) recursos locales, estatales y nacionales; e) actividades estudiantiles; f) actividades de los padres; y g) otros artículos pertinentes para los padres de niños con discapacidad visual. El boletín se publica en inglés.

Entiendo que la lista será confidencial. No se proporcionará a ninguna otra agencia o persona fuera del Departamento de Educación de Colorado.

Entiendo que puedo sacar mi nombre de la lista en cualquier momento comunicándome con el Departamento de Educación de Colorado al (303) 866-6681 o enviando un correo electrónico a anthony_t@cde.state.co.us

Nombre del niño: _____

Nombre de los Padres: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono (opcional): _____

Email (opcional): _____

Nombre del distrito escolar de su hijo: _____

Firma

Aclaración:

Fecha:

Envíe este formulario por correo a Tanni Anthony, Departamento de Educación de Colorado, Unidad de Servicios Estudiantiles Excepcionales, 1560 Broadway, Suite 1175, Denver, Colorado 80202. O puede devolvérselo al maestro de su hijo, certificado en el área de discapacidad visual. ¡Gracias!



A Shared Vision: Partners in Pediatric Blindness & Visual Impairment
referrals@ASharedVision.org | www.ASharedVision.org