



**COTATI - ROHNERT PARK  
UNIFIED SCHOOL DISTRICT**

**PARENT CONSENT FOR EXCHANGE OF INFORMATION**

\_\_\_\_\_  
Name of Student

\_\_\_\_\_  
Birth Date

In order to assist the school, I hereby give my permission for medical, psychological, educational, or other information concerning the above-named student to be released and exchanged by the following professional, person, or agency.

\_\_\_\_\_  
Name of Professional or Agency

\_\_\_\_\_  
Phone #

\_\_\_\_\_  
Fax #

\_\_\_\_\_  
Name of Professional or Agency

\_\_\_\_\_  
Phone #

\_\_\_\_\_  
Fax #

\_\_\_\_\_  
Name of Professional or Agency

\_\_\_\_\_  
Phone #

\_\_\_\_\_  
Fax #

\_\_\_\_\_  
Name of Professional or Agency

\_\_\_\_\_  
Phone #

\_\_\_\_\_  
Fax #

\_\_\_\_\_  
Name of Professional or Agency

\_\_\_\_\_  
Phone #

\_\_\_\_\_  
Fax #

\_\_\_\_\_  
Name of Professional or Agency

\_\_\_\_\_  
Phone #

\_\_\_\_\_  
Fax #

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

THIS CONSENT IS VOID TWO YEARS FROM THE ABOVE DATE.

Please return to:

\_\_\_\_\_  
Contact Person/Title

\_\_\_\_\_  
School

\_\_\_\_\_  
Address

\_\_\_\_\_  
Phone Number

\_\_\_\_\_  
City / State / Zip

\_\_\_\_\_  
Fax Number



**COTATI - ROHNERT PARK**  
**UNIFIED SCHOOL DISTRICT**

CONSENTIMIENTO PARA DAR O INTERCAMBIAR INFORMACIÓN

\_\_\_\_\_  
Nombre de Estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

Con el fin de ayudar a la escuela, por la presente doy mi permiso para que el siguiente profesional, persona o agencia divulgue e intercambie información médica, psicológica, u otra información relacionada con el estudiante mencionado anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Profesional o Agencia

\_\_\_\_\_  
Teléfono #

\_\_\_\_\_  
Fax #

\_\_\_\_\_  
Nombre del Profesional o Agencia

\_\_\_\_\_  
Teléfono #

\_\_\_\_\_  
Fax #

\_\_\_\_\_  
Nombre del Profesional o Agencia

\_\_\_\_\_  
Teléfono #

\_\_\_\_\_  
Fax #

\_\_\_\_\_  
Nombre del Profesional o Agencia

\_\_\_\_\_  
Teléfono #

\_\_\_\_\_  
Fax #

\_\_\_\_\_  
Nombre del Profesional o Agencia

\_\_\_\_\_  
Teléfono #

\_\_\_\_\_  
Fax #

\_\_\_\_\_  
Nombre del Profesional o Agencia

\_\_\_\_\_  
Teléfono #

\_\_\_\_\_  
Fax #

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

ESTE CONSENTIMIENTO ES NULO DOS AÑOS DESPUÉS DE LA FECHA ANTERIOR

Favor de regresar la información a:

\_\_\_\_\_  
Persona de contacto / Título

\_\_\_\_\_  
Escuela

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Teléfono Numero

\_\_\_\_\_  
Ciudad / Estado / Código postal

\_\_\_\_\_  
Fax Numero