



**Records Release Request  
Hall County School System  
Gainesville, Georgia**

Records are requested for: \_\_\_\_\_

Student Name

GTID

Date of Birth

Current Grade

Student's Current Mailing Address: \_\_\_\_\_

Student's Current Phone Number : \_\_\_\_\_

Student's Previous School: \_\_\_\_\_  
Previous Grade Level

- ☐ I hereby authorize the Hall County School System to obtain pertinent information concerning the above named student.
- ☐ I hereby authorize the Hall County School System to release pertinent information concerning the above named student. The release of special education records will be handled through the special education department.
- ☐ This consent shall expire on the following date \_\_\_\_\_.

**You have the right to revoke this authorization, in writing, at any time. However, your written request to revoke this consent is not effective to the extent that we have provided services or taken action in reliance on your consent. Written notice that includes a clear statement to revoke this consent, dated, with your signature is required to revoke this consent. The revocation is not effective until it is received by the Hall County School System, Special Education Department.**

**Institution Releasing Information**

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**Institution Requesting Information**

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**TYPE OF MATERIAL:**

- ☐ Standard Education Records
- ☐ Special Education Records
- ☐ Psychological Reports
- ☐ Eligibility Reports
- ☐ Educational Evaluation Reports
- ☐ Individualized Education Plan
- ☐ Speech/Language Therapy Records/Reports
- ☐ Occupational/Physical Therapy Records/Reports
- ☐ Gifted Records or Eligibility
- ☐ ESOL Records or Eligibility
- ☐ Other: \_\_\_\_\_

**REASON:**

- ☐ Educational Planning
- ☐ Medical Treatment
- ☐ Vision/Hearing/Dental Screenings
- ☐ Classroom Physical Management Plan
- ☐ Other: \_\_\_\_\_

**I have examined the records indicated above and agree to have them released to the agency designated above.**

Signature of Parent/Guardian / Student (over 18 years of age)

Date



Solicitud de Publicación de Registros  
Hall County School System  
Gainesville, Georgia

Se solicitan registros de: \_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante

GTID \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Grado actual \_\_\_\_\_

Dirección postal actual del estudiante: \_\_\_\_\_

Número de teléfono actual del estudiante: \_\_\_\_\_

Escuela anterior del alumno: \_\_\_\_\_

Grado anterior

- ☐ Por la presente autorizo al Sistema Escolar del Condado de Hall a obtener información pertinente sobre el estudiante mencionado anteriormente.
- ☐ Por la presente autorizo al Sistema Escolar del Condado de Hall a divulgar información pertinente sobre el estudiante mencionado anteriormente. La publicación de los registros de educación especial se manejará a través del Departamento de Educación Especial.
- ☐ Este consentimiento expirará en la siguiente fecha \_\_\_\_\_.

**Usted tiene derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, su solicitud por escrito para revocar este consentimiento no es efectiva en la medida en que hayamos brindado servicios o tomado medidas en función de su consentimiento. Se requiere un aviso por escrito que incluya una declaración clara para revocar este consentimiento, fechado, consu firma para revocar este consentimiento. La revocación no es efectiva hasta que la reciba el Sistema Escolar del Condado de Hall, Departamento de Educación Especial.**

**Institución que divulga información**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**Institución que solicita información**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**TIPO DE MATERIAL:**

- ☐ Registros de educación estándar
- ☐ Registros de educación especial
- ☐ Informes psicológicos
- ☐ Informes de elegibilidad
- ☐ Informes de evaluación educativa
- ☐ Plan de educación individualizado
- ☐ Registros/informes de terapia del habla/lenguaje
- ☐ Registros/informes de terapia ocupacional/física
- ☐ Registros o elegibilidad de Gifted
- ☐ Registros o elegibilidad de ESOL
- ☐ Otro: \_\_\_\_\_

**Razón/Motivo:**

- ☐ Plan educacional
- ☐ Tratamiento médico
- ☐ Examen de visión/audición/dental
- ☐ Plan de manejo físico dentro del aula
- ☐ Otro:

**He examinado los registros indicados anteriormente y acepto que se divulguen a la agencia designada anteriormente mencionada.**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor / estudiante (mayor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Revised 6/2022