



# HOLYOKE COMMUNITY CHARTER SCHOOL

2200 NORTHAMPTON ST., HOLYOKE, MA 01040  
PHONE: (413) 533-0111 FAX: (413) 536-5444

---

## RELEASE OF INFORMATION

Parent/Guardian

Student's Name: \_\_\_\_\_  
*Last First Middle Initial*

I hereby give full permission to \_\_\_\_\_  
to release any or all information, i.e., medical, psychiatric, psychological, school, or other pertinent data relative  
to my child, \_\_\_\_\_, to  
\_\_\_\_\_.

It is my understanding that the recipient of these reports will treat them with complete confidence. I agree that the  
result and information from the above sources may become part of my child's temporary school record.

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent/Guardian Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

## PERMISO PARA DAR INFORMACION

Padre/Madre/Encargado

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_  
*Apellido Nombre Iniciales de segundo nombre*

Doy permiso a \_\_\_\_\_ para dar  
información, i.e., del médico, psicólogo, psiquiatría, escuela, y otra información pertinente a mi  
hijo/hija, \_\_\_\_\_,  
a \_\_\_\_\_.

Entiendo que el recipiente de estos documentos los maneje con absoluta confidencialidad. Estoy de acuerdo que  
el resultado y la información de estos reportes pueden estar en el archivo escolar de mi hijo/a por un tiempo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre/Encargado Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_