

**THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA**

**AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO E/OU SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES**

Solicito e autorizo pela presente que: \_\_\_\_\_  
(Nome da Pessoa, Escola ou Departamento)

\_\_\_\_\_ **inicie**  
(Endereço) (Cidade) (Estado) (CEP) (Nº Telefone)

comunicação verbal e/ou escrita e disponibilize registros para: \_\_\_\_\_  
(Nome da Pessoa, Cargo e/ou Escola/Agência/Entidade)

\_\_\_\_\_ (Endereço) (Cidade) (Estado) (CEP) (Nº Telefone)

relacionados às **informações indicadas abaixo** sobre meu filho/a\* \_\_\_\_\_ cuja data de nascimento é \_\_\_\_\_.  
Compreendo que informações psiquiátricas, psicológicas, de diagnóstico médico, de abuso de drogas ou álcool, situação financeira e informações acadêmicas sobre meu filho/a serão disponibilizadas e/ou comunicadas, se indicado abaixo. Compreendo também que estas informações podem conter dados sobre a minha família, além de meu filho.

- |  |  |
|--|--|
| _____ Planos de Tratamento                                     | _____ Registros de Tratamento de Abuso de Substância   |
| _____ Dados sobre Tratamento / Alta Hospitalar                 | _____ Histórico Social e/ou de Desenvolvimento   |
| _____ Registros Médicos / de Saúde                             | _____ Avaliações Psicológicas e/ou Psiquiátricas   |
| _____ Anotações sobre o Caso / Progresso / Terapia             | _____ Serviços de Apoio Restaurativo   |
| _____ Número de Identificação do Estudante                     | _____ Serviços de Assistência Social (Alimentação, Vestuário, Abrigo)  |
| _____ Registros Acadêmicos / Escolares:                        | _____ Serviços Médicos   |
| _____ Notas Escolares  | _____ Registros de Avaliação de Ameaças  |
| _____ Notas de Exames  | _____ Registros de Avaliação de Suicídios  |
| _____ Frequência Escolar                                       | _____ Resultados do teste de HIV/AIDS ou condições relacionadas (indivíduos específicos devem ser indicados acima para se divulgar ou receber essas informações) |
| _____ Suspensões / Expulsões                                   |  |
| _____ Registros de Educação de Estudante Excepcional/Seção 504 |  |
| _____ Outra informação _____                                   |  |

Para efeitos de: \_\_\_\_\_

**Estou ciente de que todas as informações que autorizo a serem disponibilizadas ou solicitadas serão mantidas estritamente confidenciais e não poderão ser divulgadas pelo usuário sem uma autorização adicional por escrito. Compreendo que esta autorização expirará um (1) ano após a data de assinatura, ou em \_\_\_\_\_, 2026 o que ocorrer primeiro. A cópia desta autorização é válida no lugar do original. Compreendo aia que posso revogar meu consentimento por escrito a qualquer momento.**

\_\_\_\_\_  
Nome do Pai / Mãe / Responsável / Estudante Qualificado - letra de forma      Assinatura do Pai / Mãe / Responsável / Estudante Qualificado      Data

\_\_\_\_\_  
Relação com o Estudante

\*Estudantes qualificados (maiores de 18 anos) podem autorizar a divulgação de seus registros acadêmicos.

**(USE ESTE ESPAÇO PARA REVOGAR SEU CONSENTIMENTO)**

**Revogo, pela presente, meu consentimento anterior para a divulgação de informações sobre meu filho/a.**

\_\_\_\_\_  
Data da Revogação de Consentimento      Assinatura do Pai / Mãe / Responsável / Estudante Qualificado

Form #4301  
REV 10/21  
Risk Management