

POSTVILLE COMMUNITY SCHOOL DISTRICT

Distrito Escolar de la Comunidad de Postville

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF RECORDS

Autorización para la divulgación de Registros

____ **Cora B. Darling Elementary/Middle School**

Escuela Primaria/Secundaria Cora B. Darling

____ **John R. Mott High School**

Preparatoria John R. Mott

314 W Post St./PO BOX 717

Postville, IA 52162

PHONE: 563-864-7651

FAX: 563-864-7659

STUDENT'S NAME/Nombre del Estudiante: _____

Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____ **GRADE/Grado** (current or last attended): _____

Address/Dirección: _____ **PO BOX:** _____

City/Ciudad: _____, IA **Zip Code/Código Postal:** _____

Parents/Guardian's Full name(s)/Nombre Completo del Padre(s)/Encargado(s):

- **TRANSCRIPT (K-12) / Expediente (K-12)** _____
- **ATTENDANCE RECORDS / Registro de Asistencia** _____
- **IMMUNIZATION RECORD / Registro de Vacunación** _____
- **LETTER FROM PRINCIPAL / Carta del Director** _____

We have registered the above named student in the Postville Community School District.

Tenemos registrado al alumno nombrado arriba en el Distrito Escolar de la Comunidad de Postville.

Date of Request / Fecha de la Solicitud: _____

Person requesting records / Persona que solicita los registros: _____

.....
FOR OFFICE USE ONLY:

Date of Delivery: _____ **By:** _____

Parent Signature

Date