

## ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN A LOS PADRES/TUTORES SOBRE LOS DERECHOS ANUALES

Separe, firme y regrese esta página a la escuela de su hijo indicando que recibió la notificación a los Padres Sobre los Derechos y Responsabilidades. También indique en el lugar especificado en esta página si usted tiene un hijo que necesita medicamentos continuamente, y si usted **NO** desea que la información sea divulgada en el directorio.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

El estudiante está en un programa de medicamentos continuo: (Marque Uno: SI\_\_\_ NO\_\_\_ )

Si es SI, doy mi permiso para contactar al médico del estudiante:

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

-----  
Lakeport Unified School District ocasionalmente tiene la oportunidad de destacar los logros de nuestros estudiantes o programas en los periódicos y/o la televisión. Podríamos retratar o grabar en video a su hijo durante los eventos escolares para esta publicidad. Además podríamos usar las fotos o videos en las páginas de nuestro sitio, en folletos de LUSD o publicaciones impresas, y en redes sociales (Facebook, Instagram y Twitter).

Favor de firmar solamente si usted **NO** desea que su hijo sea incluido en fotos/videos, o si **NO** desea que su foto salga en el Internet (sitios de LUSD, redes sociales, etc.).

Favor de **NO** fotografiar/grabar videos a mi hijo-a (excepto para Identificación/Anuario).

Favor de **NO** fotografiar/grabar videos a mi hijo-a en el Internet.

\_\_\_\_\_  
Nombre de Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

-----  
Aquí acuso recibo de la información sobre mis derechos, responsabilidades y protecciones.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_