



Office of Pre-College Programs

San José State University
Student Service Center – Counter 6
San Jose, CA 95129-0235
(408) 924-2567(tel.) / (408) 924-2513 (fax)

STUDENT TRANSCRIPT RELEASE CONSENT FORM

Student's Last Name (Apellido)						Student's First Name (Nombre)						Middle Initial					

Current School (Escuela)																	

Student ID Number (Número de Identificación)								Birth Date (Fecha de Nacimiento)		Month (Mes)		Date (Día)		Year (Año)		Grade (grado)	

I hereby grant my permission for my son/daughter (named above) to participate in the Pre-College Programs at San José State University. I hereby consent to the disclosure of information from his/her academic record maintained by any school consistent with the **Federal Family Education Rights and Privacy Act of 1974**, other laws, regulations, or policies to designated representatives from Pre-College Programs. This permission will be valid for the duration of the student's participation in the program.

Yo otorgo mi permiso para que mi hijo/a participe en los programas de Pre-College Programs en la universidad estatal de San José. También autorizo a la escuela de mi hijo/a (*de acuerdo con el Federal Family Education Rights and Privacy Act of 1974*) para que hagan disponibles al Director(a) del programa (o personal asignado) el record académico de mi estudiante y todo aquello que se refiera al progreso académico de mi estudiante. Este permiso continuara valido durante toda la permanencia de mi estudiante en el programa.

*I understand I may void this consent by providing a written notification at any time.

*Comprendo que proveyendo instrucciones escritas, puedo revocar este permiso en cualquier momento.

Parent/ Legal Guardian's Name (First, MI, Last) / Nombre del Padre/ Tutor Legal (Nombre, Apellido)											

Parent Signature (Firma):

Date (Fecha):

For office use only

Student Participation Period: Entry Date: Exit Date:

Note:

