

透露资讯: Student 13+ Signer

1. 请选择你的学校 *

- Meany Middle School
- Whitman Middle School

第一部分：学生和签名者的资料

学生法定姓名 *	
姓	名

学生出生日期 *
日期

学生居住地邮区 *
邮区 / Zip Code

西雅图公立学校希望为学生提供成功所需的服务。为了达到此目的，西雅图公立学校和他的健康和社会服务合作伙伴，同意来使用学生健康中心(Student Health Hub)。学生健康中心是一种简单而安全的方式，可以把学生与社区的健康和社会服务联系起来。

当你/你学生的教育记录资料是与学生健康中心共享的时候，一位代表会与你联系同时会与你/你的学生协调来获得健康和社交服务。

第二部分：同意

年满 13 岁及以上的学生同意获得协调照顾

当青少年已年满 13 岁或以上，我可以在未经父母/监护人同意的情况下接受门诊心理健康治疗。RCW 71.32.530。我承认和同意学校职员有鼓励我让父母/监护人一同来参与此过程，但我拒绝这样做。当我在下面签名时，我同意让西雅图公立学校与学生健康中心来分享我的资料，目的是要我与西雅图公立学校批准的健康和社会服务合作伙伴联系起来，我可能会同意他们的服务。本人明白他们不会在我的教育记录中分享此资讯。

第三部分：签名

签名 *

请在此签名

日期

日期

签名者的姓名 *

名

姓

电邮 *

example@example.com