



**PARENT AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF INFORMATION**  
**GIẤY ỦY QUYỀN CỦA PHỤ HUYNH VỀ VIỆC TRAO ĐỔI TIN TỨC**

---

**Child's Name (Last, First, Middle)**  
**Tên Học sinh (Họ, Tên, Tên lót)**

**Birthdate**  
**Ngày sinh**

---

**Address/Địa chỉ**

**Zip/Số vùng**

**Telephone/Điện thoại**

I hereby authorize Head Start to obtain and/or release medical, dental, psychiatric, psychological, educational or other information regarding my child or family from the entity listed below.

Tôi ủy quyền cho Head Start thu nhận và/hay thông báo thông tin về y tế, nha khoa, tâm lý, giáo dục hoặc thông tin khác liên quan đến con tôi hay gia đình từ nơi được liệt kê dưới đây.

---

**Name of Doctor, School or Agency/Tên Bác Sĩ, Trường hoặc Cơ Quan**

**Fax**

---

**Address/Địa chỉ**

**Telephone/Điện thoại**

My consent for this authorization expires: June 30, 2021

Sự ủy quyền của tôi có hiệu lực đến ngày: June 30, 2021

---

**Signature/Ký tên**

**Date/Ngày**

**Relationship to child/Liên hệ với đứa trẻ**