

Diócesis de Rockford
Autorización Paternal para el Pedido/Entrega de Archivos del Estudiante

Yo, _____ por este medio autorizo
(Nombre de padre de familia o guardián)

Nombre de escuela Dirección Ciudad/Estado

a PEDID / ENTREGAR los siguientes archivos de mi hijo/a:

Primer Nombre Segundo Apellido

en grado _____.

Favor de Incluir:

Información Biográfica (nombre, dirección, edad, género, padres)

Archivos Académicos

Archivos de Asistencia

Informes de Accidente

Archivos de Salud

Archivos Sacramentales

Otro: (Específicamente que se solicita y razón): _____

Firma del Padre/Guardián Legal

Dirección del padre/guardián Ciudad/Estado Código Postal

Teléfono del padre/guardián

Envíe a:

**Pope Saint John Paul II Catholic Academy,
South Campus**
Attention: Ms. Crystal Villanueva
Address: 601 Talma Street, Aurora, IL 60505
Phone: 630-851-4400
Fax: 630-851-8220
Email: cvillanueva@jp2aurora.org

**Pope Saint John Paul II Catholic Academy,
North Campus**
Attention: Mrs. Lucia Rizo
Address: 706 High Street, Aurora, IL 60505
Phone: 630-844-3781
Fax: 630-506-6590
Email: luciarizo@jp2aurora.org

Para uso de la oficina

1st Request Date: _____	___ Mailed to:	___ Faxed to:
2nd Request Date: _____	___ Mailed to:	___ Faxed to:
3rd Request Date: _____	___ Mailed to:	___ Faxed to: