

Universidade da Flórida Central
Centro de Autismo e Deficiências Relacionadas

UCF-CARD

12424 Research Pkwy Ste 365

Orlando, FL 32826

Phone: 407-823-6011/800-9-AUTISM

Fax: 407-823-6012

Formulário de Observação

Informações escolares/programas:

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade

Estado

Código Postal

Telefone: _____

Fax: _____

Informações de estudantes/clients

Apelido	Nome	Nome do Meio
---------	------	--------------

Endereço: _____

Cidade

Estado

Código Postal

Eu, o abaixo assinado, sendo responsável legal, por este meio autorizar a equipe de CARD da UCF para observar a criança/adulto acima nomeada em sua sala de aula/programa. Eu ainda conceder permissão para o pessoal da escola/programa para discutir e fornecer a equipe do Centro de Autismo e Deficiências Relacionadas com todos os relevantes informações e registros relativos ao acadêmico e comportamental do meu filho/ala desempenho, incluindo resultados de avaliação e recomendações.

Esta autorização é válida apenas para a facilidade a que este formulário foi abordado e só expirará se revogada por mim mesmo. Eu entendo que eu posso revogar esta autorização, por escrito, a qualquer momento. Uma fotocópia deste formulário assinado é aceitável e pode ser homenageado como o original.

Assinatura do Pai/Guardião

Data

