

Student Name: \_\_\_\_\_

Teacher Name: \_\_\_\_\_

**Clark County School District**

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF EDUCATION RECORDS  
DISTANCE EDUCATION**

**Section I. DESCRIPTION OF EDUCATION RECORDS AND INFORMATION TO BE DISCLOSED**

Recordings of online instruction shall be shared with students who were not able to participate. The recordings will include not only the teacher's instruction, but the image, name, and participation of all the students in attendance. By signing this authorization, you agree that CCSD shall be allowed to share these recordings with other students.

**Section II. DELIVERY OF EDUCATION RECORDS**

I authorize the release of these education records for of my children over whom I have parental rights in the following manner: Portions of synchronous class sessions will be recorded and made available electronically to school staff and other students who are enrolled in the class.

**Section III. PURPOSE OF AUTHORIZATION**

The purpose of this disclosure of education records is to provide distance learning to all students during the COVID-19 pandemic.

**Section IV. FERPA/EXPIRATION/REVOCAION**

I understand this authorization is voluntary, and I may refuse to sign it. I understand I may inspect or obtain a copy of the information to be disclosed. The District will maintain the privacy of student education records pursuant to the provision of the Family Educational Rights and Privacy Act. However, I understand the information used or disclosed under this authorization may be subject to re-disclosure by the person(s) receiving it and may then no longer be protected.

I understand I have a right to revoke this authorization at any time. I understand if I revoke this authorization I must do so in writing and present my written revocation to the school in which the authorization is signed. I understand the revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization. Unless otherwise revoked, this authorization will expire on the following date August 1, 2021. If a specific date is not noted, the authorization will expire six months from the date of this request.

**Section V. AUTHORIZATION**

I give permission for all of my children over whom I have parental rights to participate.

- Yes
- No

\_\_\_\_\_  
Parent / Guardian / Adult Student Signature

\_\_\_\_\_  
Relationship To Student

\_\_\_\_\_  
Date

Nombre de Estudiante \_\_\_\_\_

Maestro/a: \_\_\_\_\_

**Distrito Escolar del Condado de Clark**

**AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE GRABACIONES DE LA EDUCACIÓN A DISTANCIA**

**Sección I. DESCRIPCIÓN DE LOS EXPEDIENTES EDUCATIVOS E INFORMACIÓN A PUBLICARSE**

Las grabaciones de la instrucción en línea se deberán compartir con los estudiantes que no pudieron participar. Las grabaciones no solamente incluirán la instrucción del maestro, pero también la imagen, nombre y participación de todos los estudiantes presentes. Al firmar esta autorización, está de acuerdo en que al CCSD pueda compartir estas grabaciones con otros estudiantes.

**Sección II. PUBLICACIÓN DE LAS GRABACIONES EDUCATIVAS**

Autorizo la publicación de estas grabaciones educativas de todos mis hijos, sobre los cuales tengo la patria potestad de la manera siguiente: se grabarán partes de las sesiones de la clase sincrónica y estarán disponibles de manera electrónica para todo el personal escolar y para los demás estudiantes que están inscritos en la clase.

**Sección III. PROPÓSITO DE LA AUTORIZACIÓN**

El propósito de esta publicación de las grabaciones educativas es proporcionar aprendizaje a distancia para todos los estudiantes durante la pandemia de COVID-19.

**Sección IV. FERPA/VENCIMIENTO/SUSPENSIÓN**

Entiendo que esta autorización es voluntaria y puedo negarme a firmarla. Entiendo que puedo revisar u obtener una copia de la información a publicarse. El distrito mantendrá privacidad de las grabaciones educativas de los estudiantes conforme a la disposición de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia. Sin embargo, entiendo que la información usada o publicada bajo esta autorización puede estar sujeta a que se vuelva a publicar por la(s) persona(s) que la reciban y entonces ya no podrá ser protegida.

Entiendo que tengo derecho a anular esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si anulo esta autorización lo debo hacer por escrito y presentar mi anulación por escrito a la escuela para la cual firme dicha autorización. Entiendo que la anulación no se aplicará a la información que ya se ha publicado como respuesta a esta autorización. A menos que sea anulada, esta autorización, vencerá en la fecha siguiente, 1 de agosto de 2021. Si no se señala una fecha específica, la autorización vencerá seis meses a partir de la fecha de esta solicitud.

**Sección V. AUTORIZACIÓN**

Doy autorización para que todos mis hijos sobre los que tengo la patria potestad participen.

- Sí
- No

\_\_\_\_\_  
Padres / Tutores / Firma  
de un Estudiante Adulto

\_\_\_\_\_  
Relación con el Estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha