

## PERMISSION TO SHARE INFORMATION

---

Dear Parent/Guardian:

As a family that qualifies for Free and Reduced Price School Meals, you may also be entitled to other free or reduced priced services from the Great Valley School District. To save you time and effort, this form asks for your consent to share your eligibility with other district or school-based programs. For the following programs, we must have your permission to share your information. Otherwise, we are not legally permitted to make your eligibility known to your child's school or to other district-sponsored program administrators.

- 
- Yes! I **DO** want my eligibility for free or reduced services to be shared with the Great Valley School District Technology Department to waive my student's iPad fee associated with the 1:1 Technology Program for the current school year.
  
  - Yes! I **DO** want my eligibility for free or reduced services to be shared with the Great Valley School District Athletic Department to waive my student's athletic fees for the current school year.

If you checked "Yes" to any or all of the boxes above, fill out the form below to ensure that your information is shared for the child(ren) listed below. Your information will be shared only with the programs you checked and only for the child(ren) indicated below.

Child's Name: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

Child's Name: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

Child's Name: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

Child's Name: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

Signature of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

---

For more information, you may call Diana Sorial at (610) 889-2125, ext. 51979, or email [dsorial@gvsd.org](mailto:dsorial@gvsd.org)

Return this form to: Great Valley School District Food Service Department, 47 Church Road, Malvern PA 19355

## PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

---

Estimado Padre / Tutor:

Como familia que califica para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido, también puede tener derecho a otros servicios gratuitos o reducidos del Distrito Escolar de Great Valley. Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, este formulario solicita su consentimiento para compartir su elegibilidad con otros programas del distrito o basados en la escuela. Para los siguientes programas, debemos tener su permiso para compartir su información. De lo contrario, no se nos permite legalmente divulgar su elegibilidad a la escuela de su hijo o a otros administradores del programa patrocinados por el distrito.

---

- SI, QUIERO que mi elegibilidad de servicios gratuitos o reducidos se comparta con el Departamento de Tecnología del Distrito Escolar de Great Valley para no tener que pagar la tarifa de iPad de mi estudiante asociada con el Programa de Tecnología 1: 1 para el año escolar actual.
- SI, QUIERO que mi elegibilidad de servicios gratuitos o reducidos se comparta con el Departamento de Deportes del Distrito Escolar de Great Valley para no tener que pagar las tarifas atléticas de mi estudiante para el año escolar actual.

El nombre del niño: \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Carné de identidad # \_\_\_\_\_

El nombre del niño: \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Carné de identidad # \_\_\_\_\_

El nombre del niño: \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Carné de identidad # \_\_\_\_\_

El nombre del niño: \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Carné de identidad # \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_

---

Para obtener más información, puede llamar a Diana Sorial al (610) 889-2125, ext. 51979, o correo electrónico [dsorial@gvsd.org](mailto:dsorial@gvsd.org)

Devuelva este formulario a: Departamento de Servicio de Alimentos del Distrito Escolar de Great Valley, 47 Church Road, Malvern PA 19355