

MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS  
Rockville, Maryland

Parent/Child Reunification (PCR) Authorization for Release of Student

Name of Student: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Name of School: \_\_\_\_\_

Parent(s)/Guardian(s): \_\_\_\_\_

I certify that I am the custodial parent/legal guardian of the above named student, and I grant permission for my child to be released to any of the following individuals in the event of an Emergency/Crisis that requires the school to release the students using parent/child reunification protocols at my student's school. *(Each section must be completed.)*

**My child may be released to the following individuals.** *(Additional names may be included on a separate sheet of paper. If additional names are attached, parent/guardian must initial here: \_\_\_\_\_.)*

Name: \_\_\_\_\_ Relationship to child: \_\_\_\_\_

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

Name: \_\_\_\_\_ Relationship to child: \_\_\_\_\_

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

Name: \_\_\_\_\_ Relationship to child: \_\_\_\_\_

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

Name: \_\_\_\_\_ Relationship to child: \_\_\_\_\_

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

**Parent/Guardian Information:**

Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ Other: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ Other: \_\_\_\_\_

Child's after-school care provider (if not parent): \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

I understand that my child will be released only to those listed on this form. This form is for PCR use only; no other use is intended or authorized. If this form is not completed and returned to my child's assigned school, MCPS staff may refer to the Emergency Information Card, Form 565-1. I will contact the school if this information changes during the school year.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS  
Rockville, Maryland

**Padre/hijo reunificación (PCR) autorización para la liberación del estudiante**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Padre(s) / Representante(s): \_\_\_\_\_

Certifico que soy el padre/representante quien tiene la custodia del estudiante nombrado arriba, y concedo el permiso para que mi hijo salga con cualquiera de las siguientes personas en caso de una emergencia, crisis que requiera a la escuela usar los protocolos de reunificación en la escuela de mi estudiante. *(Cada sección debe ser completada).*

**Mi hijo puede ser entregado a las siguientes personas.** *(Nombres adicionales pueden ser incluidos en una hoja de papel por separado. Si se unen nombres adicionales, padre o tutor debe iniciales aquí: \_\_\_\_\_)*

Nombre: \_\_\_\_\_ relación al niño: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ relación al niño: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ relación al niño: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ relación al niño: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Información del padre/representante:**

Nombre del padre/representante: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/representante: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Proveedor de cuidado después de la escuela para la infantil (si no son los padres): \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_  
Entiendo que mi hijo sea entregado solamente a los nombrados en este formulario. Este formulario es para uso PCR sólo; ningún otro uso está previsto o autorizado. Si este formulario no es completado y regresó a la escuela de mi hijo asignado, el personal MCPS puede referirse a la tarjeta de información de emergencia, forma 565-1. Me comunicaré con la escuela si esta información cambia durante el año escolar.

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre/tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**