



MIDDLETOWN CITY SCHOOLS
PEDIDO DE EXPEDIENTES ESTUDIANTILES

POR FAVOR IMPRENTE DESPUÉS MANDA ESTE PEDIDO COMPLETADO POR CORREO POSTAL O POR FAX CON

UNA COPIA DE SU IDENTIFICACIÓN DE FOTO A:

MIDDLETOWN CITY SCHOOLS

ATTN: RECORDS REQUEST

223 WISNER AVENUE

MIDDLETOWN, NEW YORK 10940

PHONE: (845) 326-1190 FAX: (845) 326-1220

PUEDE MANDAR ESTE FORMULARIO CON SU IDENTIFICACIÓN DE FOTO A RECORDSREQUEST@ECSDM.ORG

Nota: El Pedido de expedientes son procesados en orden que se reciben. Por favor permita al menos una semana para procesar.

Marque cuál(es) expediente(s) desees obtener:

Transcripción \_\_\_\_\_ Inmunización \_\_\_\_\_ Otro (describa a continuación) \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido de soltera: \_\_\_\_\_ Inicial de segundo nombre: \_\_\_\_\_

Grados que asistió a MHS (circule todos los que apliquen): 9 10 11 12

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de graduación: \_\_\_\_\_

Si no se graduó de Middletown, aproxima el mes y el año que se fueron del distrito:

Número de teléfono con código de área: \_\_\_\_\_

Número de celular con código de área: \_\_\_\_\_

Los expedientes deben ser mandalos a la siguiente dirección:

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Solo Para Uso de Oficina / For Office Use Only:

Date request received: \_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_

Records picked up by: \_\_\_\_\_ Date picked up: \_\_\_\_\_

Date records sent: \_\_\_\_\_ Processed by \_\_\_\_\_