



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DEL VALLE DE PAJARO

Departamento de Servicios Estudiantiles

SOLICITUD DE TRANSFERENCIA INTRA-DISTRITO

(831) 786-2145

Escribir con letra claramente. Regrese este formulario a la escuela de residencia.

Nombre del/la Alumno/a _____ Fecha de Nacimiento _____ Para Año Escolar: 200__-20__

¿El alumno tiene un plan 504? Si/No ¿Esta el alumno inscrito en Educación Especial? Si/No Clase de Programa: _____

Escuela de Residencia _____ Escuela de Asistencia Actual _____

Padre/Tutor _____ Domicilio del Hogar _____

Ciudad _____ Código Postal _____ Teléfonos: Casa (_____) _____ Trabajo (_____) _____

Yo solicito que a mi hijo/a o niño/a bajo mi cargo se le permita asistir a _____ en el grado _____

comenzando _____ por la siguiente razón (marque 1, 2, o 3) abajo:

<input type="radio"/> 1. MATRICULA ABIERTA Noviembre 1 – Diciembre 18 Unicamente <input type="checkbox"/> K-6 <input type="checkbox"/> 6-8 <input type="checkbox"/> 9-12	<input type="radio"/> 2. OTRA: (documentación puede ser requerida) Solicitudes anuales deben ser sometidas por las razones anotadas abajo <input type="checkbox"/> Supervisión/Guardería (K-8 solamente) <input type="checkbox"/> Cambio de Residencia <input type="checkbox"/> Intento de Cambio de Residencia <input type="checkbox"/> Alumno que continua <input type="checkbox"/> Psicológica o Física <input type="checkbox"/> Otros motivos _____	<input type="radio"/> 3. Lista de Espera Año Actual Nombre de la escuela: _____
--	--	--

Marque aquí si hay un hermano/a que asiste actualmente a la escuela solicitada _____ Nombre _____ Grado Actual _____

SOLAMENTE GRADOS K-8

Nombre del Proveedor de Cuidado de Guardería _____

Domicilio del Proveedor de Cuidados de Guardería _____ Teléfono _____

LOS PADRES DEBEN COMPRENDER QUE TRANSFERENCIAS INTRA-DISTRITO SE OTORGAN EN BASE DE ESPACIO DISPONIBLE. LOS PADRES SON RESPONSABLES POR LA TRANSPORTACION DE SUS HIJOS, INCLUYENDO DEJAR Y RECOGER A SU HIJO/HIJA A TIEMPO.

INFORMACION INCORRECTA O OMITIDA EN ESTA SOLICITUD CAUSARA QUE ESTE ACUERDO SEA REVOCADO.

ESTE ACUERDO ES CONTINGENTE BASADO EN: ESPACIO DISPONIBLE, CONDUCTA ACEPTABLE, ASISTENCIA, Y PROGRESO ACADEMICO.

Firma del Padre o Tutor

Fecha

ACCION: ADMINISTRACION DEL DISTRITO

Aprobada Desaprobada

Comentarios: _____

Firma de Administradora de Servicios Estudiantiles

Fecha