



# 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? Sí/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"/> <b>1. MATRICULA ABIERTA</b>  <u>Noviembre 1 – Diciembre 18</u> <u>Unicamente</u> <input type="checkbox"/> K-6 <input type="checkbox"/> 6-8 <input type="checkbox"/> 9-12	<input type="radio"/> <b>2. OTRA: (documentación puede ser requerida)</b> <u>Solicitudes anuales deben ser sometidas por las razones anotadas abajo</u> <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"/> <b>3. Lista de Espera Año Actual</b> 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