

Nuevo

PERMISO DE ASISTENCIA INTERDISTRITAL

20 ____ - 20 ____

Continua

PRIMERA PARTE – SOLICITUD

Expira Junio ____

ESTUDIANTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ FECHA _____

PADRES/GUARDIANES _____ TELEFONO(c) _____ (tr) _____

DIRECCION _____

DISTRITO Y ESCUELA DONDE EL ESTUDIANTE DESEA ASISTIR _____

SEGUNDA PARTE – RAZON PARA ESTA PETICION

Por favor chequee un área y complete la información que se le pide:

TRABAJO: Yo estoy pidiendo que mi pupilo sea transferido por razones de trabajo bajo las provisiones del Código 48204(d)

Yo soy empleado de (Nombre del Empleador) _____

Dirección del Empleador _____ Telefono _____

Localizada en el (Nombre del Distrito Escolar) _____

CUIDADO DE LOS NINOS: Yo estoy pidiendo que mi pupilo sea transferido por razones de Cuidado Infantil de conformidad con el Código 46600. Yo tengo cuidado para mi estudiante en:

Nombre del lugar(donde recibe cuidado infantil): _____

(Dirección del Lugar) _____

Localizado en el (nombre del Distrito Escolar) _____

OTRAS RAZONES: Cambiar de escuela es necesario por estas razones (sea específico): _____

TERCERA PARTE – ACUERDO

En el caso de que esta solicitud sea aprobada, yo comprendo y estoy de acuerdo que:

1. El estudiante nombrado más arriba será transferido de regreso a su distrito de residencia si las facilidades o programas están disponibles nuevamente.
2. Si el estudiante demuestra asistencia insatisfactoria las becas y privilegios que pueda recibir serán canceladas.
3. La falsificación o tergiversación de la información en esta solicitud es una razón para negar o cancelar la solicitud.
4. Los padres asumirán responsabilidad por toda la transportación desde y hacia la escuela.
5. Este acuerdo se terminara 5 años después del término del año escolar en que fue aprobado.

Nombre del Padre/Guardián

Firma del Padre/Guardián

Fecha

CUARTA PARTE – APROBACION O NEGACION

DISTRITO DE RESIDENCIA

APROBADO NEGADO

Razón(es) para negarlo _____

Distrito de Residencia

Unificado de Willows

Superintendente/persona designada

Fecha: _____

DISTRITO REQUERIDO

APROBADO NEGADO

Razón(es) para negarlo _____

Distrito Requerido

Superintendente/persona designada

Fecha: _____

En adición a las condiciones expresadas en esto, este acuerdo de asistencia está sujeto a todos los términos y condiciones del Acuerdo Interdistrital de Asistencia que está al corriente en efecto entre el Distrito de Residencia y el Distrito de Asistencia. El Distrito de Asistencia recibirá la distribución del estado por el Promedio de Asistencia Diaria acumulado en la misma manera que si el estudiante fuera residente del Distrito de Asistencia. No se le cobrara matrícula.