

WILLOWS UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Nuevo

20____ - 20____

Continuo

Expira: Junio____

PERMISO DE ASISTENCIA INTERDISTRITAL

PRIMERA PARTE – SOLICITUD

ESTUDIANTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ GRADO _____

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

DIRECCIÓN _____

DISTRITO Y ESCUELA DONDE EL ESTUDIANTE DE RESIDE _____

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 hijo/hija sea transferido por razones de trabajo bajo las provisiones del Código 48204(d)

Yo soy empleado por (Nombre del Empleador) _____

Dirección del Empleador _____ Teléfono _____

Localizado en el (Nombre del Distrito Escolar) _____

CUIDADO DE LOS NIÑOS: Yo estoy pidiendo que mi hijo/hija sea transferido por razones de Cuidado Infantil en 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 arriba será transferido de regreso a su distrito de residencia si las facilidades o programas dejan de estar disponibles.
2. Si el estudiante demuestra asistencia insatisfactoria las becas y privilegios que pueda recibir serán canceladas.
3. La falsificación o malinterpretación 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 Imprento del Padre/Guardián

Firma del Padre/Guardián

Fecha

CUARTA PARTE – APROBACION O NEGACION

DISTRITO DE RESIDENCIA

APROBADO NEGADO

Razón(es) para negarlo _____

DISTRITO SOLICITADO

APROBADO NEGADO

Razón(es) para negarlo _____

DISTRITO DE RESIDENCIA

Unificado de Willows

DISTRITO SOLICITADO

Superintendente/persona designada

Superintendente/persona designada

Fecha:

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.