

WILLOWS UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Nuevo
 Continuo

2022-2023
Expira: Junio 20

PERMISO DE ASISTENCIA INTERDISTRITAL

PRIMERA PARTE - SOLICITUD

ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ GRADO(en 2022/23) \_\_\_\_\_
PADRES/GUARDIANES \_\_\_\_\_ TELÉFONO(c) \_\_\_\_\_
DIRECCIÓN FÍSICA \_\_\_\_\_
DIRECCIÓN DE ENVÍO \_\_\_\_\_
DISTRITO 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: Solicito la transferencia de este alumno debido a un empleo bajo las disposiciones del Código de Educación 48204.
Yo soy empleado por (Nombre del Empleador) \_\_\_\_\_
(Dirección del Empleador) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_
Localizado en el (Nombre del Distrito Escolar) \_\_\_\_\_
[ ] CUIDADO DE LOS NIÑOS: Solicito la transferencia de este alumno debido a las necesidades de cuidado infantil, de conformidad con el Código de Educación 48204.
Nombre del lugar(donde recibe cuidado infantil): \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_
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: \_\_\_\_\_ DISTRITO SOLICITADO: \_\_\_\_\_
[ ] APROBADO [ ] NEGADO [ ] APROBADO [ ] NEGADO
Razón(es) para negarlo \_\_\_\_\_ Razón(es) para negarlo \_\_\_\_\_
DISTRITO DE RESIDENCIA DISTRITO SOLICITADO
Unificado de Willows \_\_\_\_\_
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.