



DISTRITO ESCOLAR ELEMENTAL DE ATWATER
1401 Broadway Avenue, Atwater CA 95301
(209) 357-6100 x311

APLICACION FUERA DEL DISTRITO

Esta aplicación es () Solicitud Nueva () Renovación de una TFD previamente aprobada

INFORMACION DE PADRE	INFORMACION DE CONTACTO
NOMBRE	NUMERO DE TELEFONO
DOMICILIO	NUMERO DE CELULAR
CIUDAD, ESTADO Y CODIGO POSTAL	NUMERO DE CONTACTO ALTERNATIVO
CORREO ELECTRONICO	

Razón para la solicitud: _____

- Padre trabaja localmente (*Allen Bill*)
- Programa educativo no es ofrecido en el distrito de residencia
- Necesidades de cuidado de niños (*verificación adjunta*)
- La residencia está más cerca del distrito solicitado

La mesa directiva del Distrito Escolar Elemental de Atwater por medio de la presente, acuerda en permitir que él (los) niño(s) enseguida mencionados, mientras residen en el Distrito Escolar Elemental de Atwater, asistan a la escuela _____, en el Distrito Escolar de _____ durante el año escolar que termina el 30 de junio, 20 _____, sujeto a los siguientes términos.

<ol style="list-style-type: none"> El distrito de asistencia recibe el ADA. (Promedio de Asistencia Diaria) La transportación será la responsabilidad de los padres. La aprobación concedida contingente al espacio disponible. Transferencias fuera del distrito deben ser renovadas anualmente. Los estudiantes deben mantener comportamiento positivo. Los estudiantes deben mantener un logro académico positivo. Los estudiantes deben cumplir los criterios de inscripción establecidos de la Póliza de la Mesa Directiva 5116 y 5117. 	La solicitud puede ser revocada si alguno de estos criterios no se cumplen.
---	---

Razón por la petición: _____

Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento	Grado de este Año	Grado para el próximo Año

¿Los hermanos/as ya asisten a la escuela solicitada? () sí () no ¿Qué escuela? _____

Mi hijo/a recibe () no recibe () servicios de Educación Especial. (La colocación de estudiantes que reciben servicios de educación especial está determinada por la disponibilidad y capacidad de los servicios y programas en la escuela solicitada).

Firma de Padre/Guardián	Fecha
-------------------------	-------

FOR DISTRICT USE ONLY	DATE RECEIVED
() Approved () Disapproved Date: _____	() Approved () Disapproved Date: _____
_____ Representative	_____ Representative
Atwater School District 1401 Broadway, Atwater CA 95301 (209) 357-6100 (x.311)	_____ School District

Approved by AESD Board of Trustees: