Kern High School District
School Support Services

SOLICITUD DE AUDIENCIA DE APELACION DE TRANSFERENCIA

La decisión del panel de apelación es FINAL.

Nombre del estudiante:	**Grado:**	**Fecha de Nacimiento:**	**Número de Teléfono:**
Nombre del Padre/Guardianes:	**Dirección Ciudad Código Postal**		**Número de Trabajo:**
Escuela de Residencia del Estudiante:	**Escuela Estudiante Desea Asistir:**		**Número de Estudiante:**

Declaración del padre/tutor, que da una explicación detallada de las razones de la apelación (debe haber documentación o mas información importante agregada para apoyar la apelación, aparte de las razones indicadas en la transferencia de la solicitud original).

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Eventos atléticos en el que esta el estudiante o en el que participará

Al recibir este formulario firmado, se notificará al comité de apelaciones y se contactará a los padres / tutores para programar una cita para la audiencia.

_____ Fecha:_____

Firma del Padre / Guardianes

Volver a: Kern High School District, Attn: School Support Services, 5801 Sundale Avenue, Bakersfield, CA 93309

04/2019

USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

The decision of the appeal panel is FINAL

COMMITTEE RECOMMENDATIONS

COMMITTEE MEMBER:	APPROVED	DENIED	DATE
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

COMMENTS: