



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LINDEN

18527 EAST MAIN STREET
 LINDEN, CA 95236
 TELEFONO: (209) 887-3894
 FAX: (209) 887-2250

Asistencia Interdistrital (IDA) Solicitud de transferencia para el año escolar: 20__ - 20__

Fecha de solicitud: _____

Padre/Guardián: Por favor llene una solicitud por cada estudiante. Como residente del *Distrito Escolar Unificado de Linden* y el Padre/Guardián estoy solicitando su traslado fuera del *Distrito Escolar Unificado de Linden*.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Escuela actual del estudiante: _____ Grado de año escolar solicitado: _____

Distrito Solicitado: _____ Escuela solicitada: _____

Nombre de Padre/Guardián: _____ Firma: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Correo electrónico: _____ Tel de casa: _____ Tel de trabajo: _____ Celular: _____

Apunte otros niños de edad escolar:

Nombre	Grado	Escuela actual
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nombre	Grado	Escuela actual
_____	_____	_____
_____	_____	_____

El estudiante recibe servicios de educación especial? Sí No El estudiante tiene un plan 504? Sí No

El estudiante es aprendiz de Inglés como segundo idioma? Sí No

El estudiante está actualmente expulsado, en espera de expulsión o ha sido expulsado en el último año? Sí No

Razón de la solicitud de transferencia: (Marque la razón y explique)

1. ___ Empleo de padre/guardián se encuentra dentro de los límites de asistencia del Distrito solicitado. Si está marcada, complete lo siguiente:

Empleador del Padre/Guardián: _____ Tel del Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____

2. ___ Proveedor de cuidado de su estudiante está localizado dentro de los límites del Distrito solicitado.

Nombre de el/la Proveedor/a: _____ Dirección: _____

3. ___ Familia del estudiante se está mudando dentro de los límites del Distrito.

4. ___ Otra razón: _____

Para uso del Distrito de Residencia:

___ **La solicitud de transferencia ha sido negada. Razón:** _____

___ **Esta solicitud de transferencia ha sido aprobada y se re refirió al Distrito solicitado para consideración.** Esta solicitud y el acuerdo de transferencia (formulario 2) se enviaran al Distrito con el expediente académico, y la asistencia y disciplina del estudiante. Los estudiantes en los grados K-10 necesitaran aplicar cada nuevo año escolar.

Firma del Representante de Distrito	Título	Fecha
_____	_____	_____

Tenga en cuenta que los distritos no ofrecen el transporte de autobús bajo el acuerdo de asistencia interdistrital de transferencia. La aprobación y revocación por el Distrito requerido podrá estar contingente a la capacidad de la escuela/grado/programa y/o el estudiante cumpliendo con ciertas normas de asistencia, comportamiento, y grados académicos. La desaprobación por cualquier Distrito puede ser apelada ante la Oficina del Condado de Educación de San Joaquín dentro de 30 días de la negación.