



GONZALES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
ACUERDO DE TRANSFERENCIA ENTRE-DISTRITOS
 600 Elko Street/P.O. Box G, Gonzales, CA 93926
 No. de Teléfono: (831) 675-0100 No. de Fax: (831) 675-2763

District Office Use:

AÑOS QUE SOLICITA: _____ Nueva Petición Renovación
(No debe exceder a más de cinco (5) años por Código Ed. de CA 46600)

INFORMACIÓN SOBRE EL ALUMNO:

Apellido _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____

1) ¿Está Recibiendo Ayuda Especial Educacional? Sí No

2) ¿Ha Sido Expulsado Alguna Vez? Sí No

PETICIÓN PARA TRANSFERIR A: _____ en _____
 (Escuela) (Distrito)

RAZÓN POR LA PETICIÓN: (Favor de seleccionar la(s) razón(nes) que aplique(n):

- Empleo:** *(Favor de incluir verificación, por ejemplo: copia de talón de cheque, tarjeta de negocio, carta de empleador)*
 Nombre de Empleador: _____ Domicilio de Empleador: _____
 Teléfono: _____
- Cuidado de Niño (menores de 12 años):** *(El proveedor de cuidado de niño debe residir dentro del área de límite del distrito de asistencia)*
 Nombre de Proveedor: _____ Domicilio de Proveedor: _____
 Teléfono: _____
- Necesidades Mentales y/o Físicas:** Adjunte certificación por un médico, psicólogo escolar, u otro personal escolar apropiado
- Cambio de Residencia (solo aplica para el presente año escolar):** Esta mudándose a una residencia en un distrito nuevo y quiere que el alumno permanezca donde actualmente asiste
- Grado 8 o 12:** Para permitir que el alumno en el grado 8/12 asista a la misma escuela que asistió en el grado 7/11, si se mudaron del distrito
- Programa Educativo:** Para permitir que el alumno asista a un programa educativo ofrecido en el distrito que solicita y no ofrecido en el distrito de residencia

Razón por la petición (refiérase al criterio mencionado arriba): _____

INFORMACIÓN AL PADRE Y CONCENTIMIENTO A CONDICIONES DEL ACUERDO

Yo entiendo que los ACUERDOS DE ENTRE-DISTRITOS solo son validos por el término especificado en el acuerdo. A menos que se convenga otra cosa por los distritos, los padres tienen que someter esta petición de transferencia entre-distritos un año antes de que se venza y antes del 15 de mayo para poder continuar con este convenio. No podrá registrar a su(s) hijo(s) hasta que los dos distritos hayan aprobado y haiga espacio disponible en la escuela para la cual está pidiendo. Padres/tutores son responsables por la transportación del alumno. Elegibilidad para atletismo puede ser anulada por esta transferencia. El distrito de asistencia reserva el derecho de anular este convenio con un aviso de diez (10) días durante el año escolar debido a exceso de alumnos en el salón, y asistencia insatisfactoria o mal comportamiento del alumno. Más allá yo entiendo que obtener todas las firmas necesarias en este formulario, son mi responsabilidad. Falsificación de información anula esta petición.

Nombre de Padre: _____ Firma de Padre: _____ Fecha: _____
 (Favor de Imprimir)

Domicilio: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Domicilio de Correo: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____
(Si es Diferente al Domicilio Físico)

Número de Teléfono: _____ Número de Mensaje: _____

DISTRICT APPROVALS (For Office Use Only)	
<u>Gonzales Unified School District</u>	<u>District of Attendance</u>
ACTION: Approved for _____ / _____ Thru _____ / _____ School Year	ACTION: Approved for _____ / _____ Thru _____ / _____ School Year
Denied: Reason _____	Denied Reason _____
By: _____	By: _____
Date: _____	Date _____