



APPELLIDO DEL ESTUDIANTE	PRIMER NOMBRE	GRADO EN 2020-21	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO
CORREO ELECTRÓNICO	DOMICILIO	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	
APPELLIDO DEL PADRE/TUTOR LEGAL	PRIMER NOMBRE	NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO DIURNO	<input type="checkbox"/> HOGAR <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> CELULAR	

DISTRITO DE RESIDENCIA DISTRITO ESCOLAR CENTRALIA	ESCUELA DE RESIDENCIA
DISTRITO DE ASISTENCIA ACTUAL O ÚLTIMO DISTRITO DE ASISTENCIA	ESCUELA DE ASISTENCIA ACTUAL O ÚLTIMA ESCUELA DE ASISTENCIA
DISTRITO SOLICITADO	ESCUELA SOLICITADA

RAZÓN(ES) POR LA TRANSFERENCIA. MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA.

Empleo del Padre/Tutor *Debe adjuntar uno de los siguientes documentos con fecha en los últimos 30 días*
 • Recibo de sueldo
 • Una carta del empleador escrita en papelería empresarial que verifique las horas que trabaja por semana y el lugar de empleo
 • Si es un trabajador autónomo, una carta indicando cuántas horas trabaja por semana, el lugar de empleo, y copia de la licencia/permiso comercial

Continuando la Matriculación
 Hermano/a: _____ Nombre / Grado
 Terminar el año escolar final

OTRA: _____

¿QUÉ SERVICIOS ESPECIALES HA RECIBIDO EL ESTUDIANTE? MARQUE TODO LO QUE APLICA
 Educación Especial Sección 504 Aprendiz del Lenguaje Inglés Dotado (GATE) OTRO: _____ Ningún

SI EL ESTUDIANTE ESTÁ RECIBIENDO SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL, ¿CUÁL ES SU COLOCACIÓN ACTUAL?
 Recursos (RSP) Día Especial (SDC) Terapia de Habla/Lenguaje A la Espera de Una Evaluación Otra: _____

¿FUE RETENIDO EL ESTUDIANTE?
 No Sí Grado: _____

¿ESTÁ EL ESTUDIANTE ACTUALMENTE PENDIENTE DE MEDIDAS DISCIPLINARIAS O BAJO UNA ORDEN DE EXPULSIÓN?
 No Sí Explique: _____

Términos y Condiciones

- Este Acuerdo de Transferencia Interdistrital solamente es válido por el año escolar aprobado y debe ser renovado anualmente. No se garantizan las renovaciones.
- La aprobación queda sujeta a la disponibilidad de espacios dentro del distrito solicitado y puede que no sea en el sitio solicitado.
- Este acuerdo puede ser revocado en cualquier momento por las siguientes razones:
 - El estudiante/padre no respeta los estándares de comportamiento apropiado.
 - El desempeño académico del estudiante es bajo.
 - Información falsa o engañosa fue proporcionada
 - También se les puede pedir a los estudiantes que son elegibles para Servicios de Educación Especial que obtengan un Acuerdo Inter / Intra-SELPA para Individuos con Necesidades Excepcionales. - El distrito de residencia no incurrirá en ninguna obligación financiera por los servicios prestados en virtud de este acuerdo.
 - El padre / tutor es responsable de proporcionar transporte hacia y desde la escuela.
 - Programa impactado. El distrito / sitio ha excedido el espacio disponible en el nivel de grado o programa.

He leído los términos y condiciones y entiendo las regulaciones y pólizas que rigen los permisos de asistencia Interdistrital y por la presente someto mi aplicación. Declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada arriba es verdadera y correcta. Entiendo que la información está sujeta a verificación y que el mero hecho de completar esta aplicación y proporcionar toda la documentación NO garantiza que la solicitud sea aprobada.

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

DISTRICT OF RESIDENCE DISTRICT: CENTRALIA ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT	DISTRICT REQUESTED DISTRICT: _____
DECISION: <input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Renewal/ CE <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> SP: D M <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> FSY <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/> Not in Policy <input type="checkbox"/> Other
COMMENTS: <input checked="" type="checkbox"/> No funds to follow	COMMENTS: _____
BY: <input type="checkbox"/> Director, Parent and Student Engagement <input type="checkbox"/> Student Support Assistant	BY: _____
SIGNATURE: _____ DATE: _____	TITLE: _____ SIGNATURE: _____ DATE: _____