

Entregue este formulario completo a:

Oficina de Servicios Estudiantiles
ESCUELAS DE LA CIUDAD DE SANTA CRUZ
133 Mission Street, Ste. 100
Santa Cruz, CA 95060 Fax:(831) 429-3450 Ph: (831)429-3410 x215

Para el año escolar _____

Para el grado _____

Estudiante nuevo Retornante

Distritos escolares del condado de Santa Cruz

Solicitud de transferencia entre distritos

Parte A: Por favor llene esta sección y entregue todas las copias al distrito de residencia.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido Nombre

Distrito de residencia: _____ Condado: _____

Escuela actual o que ha asistido: _____ Grado actual: _____

Distrito que está solicitando: _____ Condado: _____

Escuela solicitada: _____ (El distrito mantiene el derecho de asignar al estudiante a cualquier escuela.)

Importante: Cada distrito escolar en el condado de Santa Cruz tiene sus propias reglas y criterios para aceptar o negar las solicitudes de transferencia entre distritos que puede incluir alguna de las razones a continuación. Después de revisar las reglas de su distrito de residencia y del distrito deseado, marque la razón para solicitar la transferencia entre distritos. Incluya una explicación por escrito o documentación si así se lo piden.

Razón para la solicitud:
 Cuidado de niños (nombre, dirección y número de tel. de la proveedora) _____

Programa especializado o de educación única (describa) _____

Salud mental, física, o necesidades de seguridad (incluya un reporte del médico, psicólogo, autoridad juvenil o personal de la escuela)

Recomendado por SARB y agencia del Condado por problemas en casa o en la comunidad (incluya documentación por escrito)

Terminar el año escolar actual o continuar con sus compañeros de clase

Mudarse al distrito en un futuro inmediato (incluya evidencia por escrito)

Los hermanos ya están asistiendo (nombre, grado y escuela) _____

Otra razón: _____

Con fines informativos y con el único propósito de determinar la capacidad y otros asuntos que requieran crear un nuevo programa o servicio, ¿recibe este estudiante educación especial u otro servicio especial? Sí No

(describa) _____

¿Está este estudiante bajo una orden de expulsión? Sí No Si contesta "Sí, incluya una copia

Nombre de los padres: _____ Tel. de casa: _____

Dirección completa: _____ Tel. de trabajo: _____

Declaro, bajo pena de perjurio conforme a las leyes de California, que la información proporcionada es verdadera y exacta. Entiendo que esta información puede ser verificada y que cualquier información falsa o incorrecta puede hacer que mi solicitud sea negada o revocada. Entiendo que soy responsable por el transporte de mi hijo. Además, entiendo que, para mantener este permiso, mi hijo debe cumplir con los términos y condiciones del acuerdo de transferencia del distrito, si los hubiere, que incluye pero no se limita a esos términos y condiciones establecidos a continuación y los requisitos de política académica, comportamiento y asistencia deseada del distrito. Entiendo que el permiso de transferencia entre distritos debe renovarse anualmente, si los distritos en la lista anterior tienen un acuerdo de transferencia al respecto. Además, entiendo que ningún distrito puede dejar sin efecto un permiso vigente para un estudiante que esté a punto de entrar a los grados 11 y 12 en el subsiguiente año escolar.

(Firma de los padres) (Fecha)

Parte B: El distrito de residencia lo llena y manda todas las copias al distrito solicitado.

Acción del Distrito de residencia: Acuerdo vigente con el distrito al que asiste. Fecha recibida: _____

Aprobada - términos y condiciones: _____

Negada - razón: _____

(Firma y posición del representante autorizado) (Fecha)

Parte C: El distrito solicitado lo llena y distribuye copias como a continuación se refiere.

Acción del Distrito solicitado: _____ Fecha recibida: _____

Aprobada - términos y condiciones: _____

Negada - razón: _____

(Firma y posición del representante autorizado) Fecha: _____