



# Santa Cruz City Schools Intra District Transfer Application 2024-2025

Application # \_\_\_\_\_

**Directions: Applications for 6-12<sup>th</sup> grade Intra District Transfers will be accepted January 13 – February 8. Applications for TK-5<sup>th</sup> grade Intra District Transfers will be accepted February 18 – March 8. Applications must be received** at the Office of Student Services, Santa Cruz City Schools, 133 Mission Street, Ste. 100, Santa Cruz, CA 95060, via email to mluna@sccs.net or Faxed: (831)429-3450 **by 4:30 pm on February 8 (Secondary) or March 8 (Elementary).** For elementary students, you must first enroll the student in the school of your attendance area, obtain the Principal signature, and drop it off in the office of your attendance area. If you have any questions, please call (831)429-3410 ext. 48215 or via email at mluna@sccs.net

**Legal First and Last Name is the name that appears in the student’s Birth Certificate.**

Legal Last Name:	Legal First Name:	Date of Birth:	Legal Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Non-binary
------------------	-------------------	----------------	--

I'm applying for the Two Way Immersion Program (Kinder and 1<sup>st</sup> grade only)  Yes  No Home Language: \_\_\_\_\_

I hereby request that my student be permitted to attend \_\_\_\_\_ School in Grade \_\_\_\_\_ for 2024-25 school year.

The student currently attends: \_\_\_\_\_ in Grade: \_\_\_\_\_ or is Pre-K.

Does this student have an IEP or is in a Special Education Program?  Yes  No (Does not including a 504 Plan)

**Reasons for requesting an Intra District Transfer**

You have moved and you want your student to remain in the same school he/she currently attends.

The student has a sibling attending the requested school:  
Name: \_\_\_\_\_ and Grade level \_\_\_\_\_ of sibling enrolled in 2024-25.

The student is a child of a permanent Santa Cruz City Schools District employee. Please list the employee below.  
Name: \_\_\_\_\_ and work site: \_\_\_\_\_ of employee.

The requested school is closer to my home.

Other:

Are you currently playing on a high school athletic team?  Yes  No

Parents/Guardian **must initial** on the lines to indicate understanding of stipulations regarding the Intra District Transfer process:

- \_\_\_\_\_ I understand that any Intra District Transfer may be rescinded up to 20 days after the start of the school semester if a student currently residing in the attendance area arrives and would be otherwise displaced.
- \_\_\_\_\_ I understand that once the Intra District Transfer is accepted, the student must attend the requested school for **1 semester** at the secondary level and **1 year** at the elementary level before applying for another Intra District Transfer – even back to the school of residence.
- \_\_\_\_\_ I understand that if an Intra District Transfer is approved, transportation **will not be** provided by the school district.
- \_\_\_\_\_ I understand that Intra District Transfer approvals are subject to review and may be revoked for poor attendance or discipline issues.
- \_\_\_\_\_ I understand that approval of an Intra District Transfer application, when space is available, is based upon the following priorities:
  - (1) Students who have moved out of the school attendance area but wish to remain at the same school.
  - (2) Students who have a sibling who has previously and will still be attending the requested school in 2024-25.
  - (3) Children of district employees who live in the district.

**I hereby certify that I understand and agree to the conditions outlined above:**

Print Name of Parent/Guardian:	Signature of Parent/Guardian:	Date:
Street Address:	Apt. #	City:
		Zip Code:
Email Address:	Cell Phone:	Home Phone:
		Work Phone:

**FOR OFFICE USE ONLY**

Principal Signature of school of residence ( <b>Elementary Only</b> )	Date:	
School of Residence:	Current School:	
Date <b>Approved</b> :	Date <b>Denied</b> :	Date <b>Declined</b> :
Student Services Signature:	TWI/MCS Waiting List #	



## Santa Cruz City Schools

### Solicitud de Transferencia Intra Distritos

### 2024-2025

Application # \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Las solicitudes de Transferencia Intra Distritos para los grados 6-12 serán aceptadas del 13 de enero al 8 de febrero. Las solicitudes para los grados TK-5 serán aceptadas del 18 de febrero al 8 de marzo. Las solicitudes deben recibirse en la Oficina de Servicios Estudiantiles, Escuelas de la Ciudad de Santa Cruz, 133 Mission Street, Ste. 100, Santa Cruz, CA 95060 o por correo electrónico al mluna@sccs.net **antes de las 4:30 pm del día 8 de febrero (para secundaria) y 8 de marzo (para primaria).** Los estudiantes de primaria deben escribirse primero en la escuela de su área escolar, obtener la firma del director de la escuela y dejarlo en la oficina de su escuela de su área de asistencia. Si tiene preguntas, por favor llame al (831)429-3410 ext. 48215 o por correo electrónico a mluna@sccs.net

**Nombre y Apellido Legal es el nombre en el Acta de Nacimiento de su estudiante.**

Apellido Legal del Estudiante:	Nombre Legal del Estudiante:	Fecha de Nacimiento:	Genero Legal: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> No-binario
--------------------------------	------------------------------	----------------------	--

**Estoy aplicando para el Programa de Doble Inmersión (Kinder y 1° grado solamente)**  Sí  No      Primer Idioma: \_\_\_\_\_

Por la presente solicito que a mi estudiante se le permita asistir a la escuela \_\_\_\_\_ en el grado \_\_\_\_\_ para el año escolar 2024-25.

El estudiante asiste actualmente a la escuela: \_\_\_\_\_ en el grado: \_\_\_\_\_ ó en pre-Kínder.

**El estudiante tiene un IEP o asiste a un Programa de Educación Especial?**  Sí  No      (No incluye el plan 504)

**Razón por la solicitud de Transferencia de Intra Distritos**

- Se ha cambiado de casa y quiere que su estudiante permanezca en la misma escuela a la que asiste actualmente.
- El/la estudiante tiene un hermano/a que asiste a la escuela solicitada:  
Nombre: \_\_\_\_\_ grado en el que asistirá el hermano/a en el 2024-25 \_\_\_\_\_.
- El/a estudiante es hijo/a de un empleado permanente del Distrito Escolar de Santa Cruz. Por favor de proveer el nombre.  
Nombre: \_\_\_\_\_ y sitio de trabajo del empleado \_\_\_\_\_.
- La escuela solicitada está más cerca de mi casa.
- Otro:

Está jugando actualmente en un equipo de atletismo en la escuela secundaria?  Sí  No

El padre/tutor **debe escribir** sus iniciales en las líneas para indicar que entiende las estipulaciones del proceso de Transferencia de Intra Distritos:

- \_\_\_\_\_ Entiendo que cualquier Transferencia de Intra Distritos puede ser anulada durante los primeros 20 días de que haya comenzado la escuela, el alumno puede ser transferido si llegara un estudiante que resida en esa área escolar.
- \_\_\_\_\_ Entiendo que una vez que la Transferencia Intra Distritos es aprobada, el/la estudiante debe asistir a la escuela solicitada por **1 semestre** si es estudiante de secundaria ó **1 año** ese s estudiante de primaria, antes de volver a solicitar una Transferencia Intra Distritos, aun para regresar a la escuela de su área residencial escolar.
- \_\_\_\_\_ Entiendo que si la solicitud de Transferencia Intra Distritos es aprobada el Distrito Escolar **no proveerá** transportación.
- \_\_\_\_\_ Entiendo que las solicitudes aprobadas están sujetas a revisión y pueden ser revocadas por problemas de asistencia ó de disciplina.
- \_\_\_\_\_ Entiendo que la aprobación de la Transferencia Intra Distrito se basa en disponibilidad de espacio y en las siguientes prioridades:
  - (1) Estudiantes que se han cambiado de domicilio, pero desean permanecer en la misma escuela.
  - (2) Estudiantes que tienen un hermano/a que asiste a la escuela solicitada durante el año escolar 2024-25.
  - (3) Hijos/a cuyos padres son empleados permanentes del Distrito Escolar de Santa Cruz y viven en el Distrito.

**Por la presente certifico que entiendo y estoy de acuerdo con las estipulaciones aquí mencionadas arriba:**

Nombre en letra de molde del Padre/Tutor:	Firma del Padre/Tutor:	Fecha:
Dirección:	Ciudad:	Código Postal:
Correo electrónico:	Teléfono de Celular:	Teléfono de Casa:
		Teléfono de trabajo:

**FOR OFFICE USE ONLY**

Principal Signature of school of residence ( <b>Elementary Only</b> )		Date:
School of Residence:	Current School:	
Date <b>Approved</b> :	Date <b>Denied</b> :	Date <b>Declined</b> :
Student Services Signature:		TWI/MCS Waiting List #