

ENVIE la solicitud a:
CWA@fusd.net

Distrito Escolar Unificado de Fontana
Distritos Escolares del Condado de San Bernardino
Solicitud de Permiso Interdistrital de Asistencia

FUSD # _____

Por favor escriba (en letra de molde) claramente. Complete un formulario por cada estudiante solicitando transferencia. Solicitud nueva Renovación

Nombre del Estudiante _____ Año Escolar **2020- 2021** Grado _____ Fecha de nac. _____
Escuela de Residencia _____ Escuela actual de asistencia _____
Escuela solicitada _____ Distrito Solicitado _____
Nombre del padre/tutor legal _____ Domicilio de casa _____ # de apt. _____
Telefono: _____ Ciudad _____ Zona Postal _____
Indique si el estudiante: Tiene orden de expulsión: No Si Educación Especial: No Si
Indique: RSP SDC Terapia de habla

Razón(es) de la petición

- Continuar/regresar Cambio pendiente de residencia este año (anexar copia de depósito o documento similar en 90 días)
 Hermanos que asisten al distrito solicitado **Nombre del hermano/a** **Grado** **Escuela actual de asistencia**

- Cuidado de niños Empleo en el área Empleado(a) del distrito/escuela _____

Persona/agencia al cuidado niño	Información de trabajo – Padre	Información de trabajo – Madre
Nombre	Nombre	Nombre
Domicilio	Domicilio	Domicilio
Tel.	Tel.	Tel.

Otro _____

Términos y Condiciones

Se entiende que el padre de familia/tutor legal tendrá que proporcionar transportación del hogar a la escuela. **Este permiso es válido mientras se mantengan las condiciones establecidas y siempre y cuando la asistencia, comportamiento y desempeño académico sean satisfactorios en el distrito de asistencia.** Información falsa o confusa puede ser causa para negación o revocación del permiso. La aprobación está sujeta a disponibilidad de espacio en el distrito. Un permiso puede ser revocado con razón en cualquier momento. **CE 46600 el incumplimiento a los términos/condiciones anteriores puede dar como resultado la revocación de este permiso.**

Proporcionando mi firma electrónicamente he leído y entiendo los reglamentos y políticas que regulan los permisos de asistencia entre-distritos y por este medio presento mi solicitud. Declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta. Entiendo que este formulario se presentará al distrito de residencia, al distrito de asistencia deseada y la información proporcionada estará sujeta a verificación.

Firma de Padre/Tutor _____ Fecha _____

FOR DISTRICT USE ONLY

As the authorized administrator for the district of residence, I recommend the following action (check one):

Approved **as long as there is: 1. No fee for service 2. No excess costs 3. No transportation costs**

Denied Reason _____

Authorized Signature _____ Date _____
 Child Welfare & Attendance Coordinator
 Special Services (SELPA) Coordinator

FUSD STAMP

As the authorized administrator for the desired district of attendance, I recommend the following action (check one):

Approved Denied Reason _____

Authorized Signature _____ Title _____ Date _____