

ENVIE la solicitud a:  
CWA@fUSD.net

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

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ 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 Reportando nuevo domicilio FUTURO-Cambio de residencia (adjunte una copia del fidecomiso o documento similar dentro los 90 días)  
 Hermano(a) en el distrito/escuela

Nombre del hermano(a)	Grado	Escuela 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 \_\_\_\_\_

**SOLO PARA USO DISTRITAL**

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 Director  
 Special Services (SELPA) Director



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

Approved       Denied      Reason \_\_\_\_\_

Authorized Signature \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_