

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE MADERA
1902 Howard Road, Madera, CA 93637
(559) 675-4500, ext. 237

SOLICITUD INTRA-DISTRITO PARA TRANSFERENCIA DE ASISTENCIA

Por medio de la presente solicito que mi hijo/hijos que residen en el área de asistencia de la escuela _____, que asistan a la escuela _____ por el año escolar 20__/20__.

<u>Nombre del Alumno(s)</u>	<u>ID #</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Edad</u>	<u>Grado</u>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Razón para la solicitud de transferencia : _____

En algunos casos, no se tomará acción con su solicitud después de varios días después de que empiece la escuela hasta determinar cual será realmente la matrícula en las clases de los alumnos que viven dentro del área regular de asistencia a la escuela.

Sugerimos, particularmente, a esos alumnos que se matriculan en la escuela por primera vez, que los padres matriculen a sus hijo/s en la escuela del área de asistencia para así asegurarse la colocación de sus hijo/s.

Si la solicitud para transferencia de asistencia intradistrito es aprobada, estoy de acuerdo con las siguientes condiciones como parte de esta solicitud.

1. La solicitud para transferencia de asistencia intradistrito debe ser renovada anualmente. Esto es responsabilidad de los padres.
2. Yo asumiré toda la responsabilidad de transportar a mis hijo/s hacia la escuela y desde la escuela hacia mi casa.
3. Que la presencia de mis hijo/s en la escuela solicitada no causará excesiva proporción maestro-pupilo en la clase, no causará que la clase exceda los límites impuestos por la Política de la Mesa o desplazar a un estudiante que vive en la área de asistencia.
4. Que mis hijo/hijos pueda/puedan asistir y aprendan en la escuela sin causar problemas de disciplina u otros problemas.
5. Que mis hijo/hijos mantengan calificaciones aceptables (2.0 o más altas) y que no sea considerado habitualmente ausente sin excusa (truant) en ningún punto del año.
6. Yo voy a transferir a mis hijo/hijos de vuelta a su escuela de residencia si cualquiera de las condiciones anteriores no puedan ser honradas.

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____ Madera, CA 9363__ Teléfono# _____

Si requiere más información, por favor comuníquese con el director de la escuela que está recibiendo.

SCHOOL DISTRICT USE ONLY

____ Approved ____ Disapproved

____ Approved ____ Disapproved

Signature of Releasing Principal

Signature of Receiving Principal

Date: _____ School: _____

Date: _____ School: _____

Comments: _____

Date

Director of Student Services