

Student ID # _____

TRASLADOS ESCOLARES DENTRO DEL DISTRITO ESCOLAR DE ESCONDIDO (SCHOOL CHOICE INTRA-DISTRICT TRANSFER)

Date / Time Received _____

SECCIÓN A: EL PADRE DE FAMILIA O EL TUTOR LEGAL LLENA ESTA SECCIÓN. (FAVOR DE USAR UNA PLUMA)

SOLICITUD PARA EL AÑO ESCOLAR 20__ a 20__ Indique el GRADO, de acuerdo al año escolar solicitado.

NOMBRE DEL ALUMNO: APELLIDO NOMBRE FECHA DE NACIMIENTO GRADO

NOMBRE DEL PADRE DE FAMILIA O DEL TUTOR LEGAL DIRECCIÓN Apto. # CIUDAD Y ZONA POSTAL ESCONDIDO, CA. ZONA POSTAL

NÚMEROS TELEFÓNICOS

CASA O CELULAR: TRABAJO DE LA MADRE: TRABAJO DEL PADRE:

ESCUELA DONDE LE CORRESPONDE ASISTIR: ESCUELA DONDE ASISTE AHORA: ESCUELA DE PREFERENCIA:

¿Tiene hermanos que actualmente están asistiendo a su escuela de preferencia? Indique sus nombres: GRADO GRADO

RAZÓN POR ESTA SOLICITUD: Marque UNA:

- Programa de escuelas de preferencia School Choice Servicios bilingües (necesita estar inscrito en un programa educativo en curso)

Asignación para un año escolar, o hasta el final del año escolar, ÚNICAMENTE por una de las siguientes razones:

- Alumno en su último nivel escolar Empleado escolar Lugar: Administrativa Cambio de residencia, ÚNICAMENTE después del 1º de enero Programa para personas sin casa ni hogar McKinney Vento Homeless Act - Escuela de origen:

ORIGEN RACIAL/ÉTNICO:

- Etnicidad de Estudiante: Hispano o Latino No Hispano Raza de Estudiante: Indio Americano o Nativo de Alaska Indio Asiático Negro o Africano Americano Camboyano Chino Filipino Guamano Hawaiano Hmong Japonés Coreano Laosiano Otros Países Asiáticos De Otra Isla del Pacifico Samoano Tahitiano Vietnamita Blanco

INSCRITO EN EL (LOS) SIGUIENTE(S) PROGRAMA(S):

- GATE SBP/TWP *RSP(SAI)*SDC(SAI-SC) Jr./1st TITLE 1 OTRO

*Los alumnos de educación especial, se considerarán para traslados escolares basado en sus necesidades individuales; la capacidad escolar; la disponibilidad de programas escolares; y la composición de alumnos en los salones de clase.

IMPORTANTE, FAVOR DE LEER LO SIGUIENTE: Yo entiendo que mi petición será considerada junta con otras solicitudes. Si las solicitudes exceden el espacio disponible, se empleará un proceso al azar e imparcial para determinar la asignación del alumno en una lista de espera. También entiendo que puede ocurrir la revocación de un traslado escolar aprobado por el distrito escolar (intradistrict transfer) debido a la capacidad completa de la escuela; o por una asistencia escolar no satisfactoria o tardanzas excesivas, que no se han podido corregir.

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA O DEL TUTOR LEGAL FECHA EL PADRE DE FAMILIA O EL TUTOR LEGAL TIENE QUE REMITIR TODAS LAS COPIAS DE ESTE FORMULARIO A LA ESCUELA DE PREFERENCIA O A LA OFICINA DE SERVICIOS ESTUDIANTILES.

SECCIÓN B: LA ESCUELA DE PREFERENCIA (SCHOOL OF CHOICE) LLENA ESTA SECCIÓN

Capacidad escolar: Se aceptará al alumno. No se aceptará. Se pondrá en una lista de espera. FIRMA DEL DIRECTOR DE LA ESCUELA: FECHA:

SECCIÓN C: ÚNICAMENTE PARA USO ADMINISTRATIVO DEL DISTRITO ESCOLAR

La solicitud fue: APROBADA NEGADA PUESTA EN UNA LISTA DE ESPERA Razón: Falta de espacio Otra razón Al alumno le tocó el número en la lista de espera de las escuelas de preferencia para el grado. Director de Servicios Estudiantiles FECHA