

- Renovación
- Nueva solicitud
- Permiso de traslado del distrito de residencia.

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE MONROVIA
 325 E. Huntington Drive, Monrovia, CA 91016
 Tel: (626) 471-2042 ♦ Fax: (626) 471-2076

| | |
|-------------------------|--------------------------|
| Inter-District Transfer | <input type="checkbox"/> |
| Inter-District Release | <input type="checkbox"/> |

SOLICITUD DE TRANSFERENCIA ENTRE DISTRITOS

| | | | | |
|--|---------------------------------------|--|---|------------------|
| APELLIDO DEL ESTUDIANTE | PRIMER NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ | SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina | Grado Solicitado |
| APELLIDO DE LA MADRE/TUTOR | PRIMER NOMBRE | NUMERO DE CONTACTO DURANTE EL DIA <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO | |
| APELLIDO DEL PADRE/TUTOR | PRIMER NOMBRE | NUMERO DE CONTACTO DURANTE EL DIA <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO | |
| DIRECCIÓN | CIUDAD | CÓDIGO POSTAL | ESTUDIANTE VIVE CON: <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> TUTOR | |
| ACTUAL O ÚLTIMO DISTRITO DE ASISTENCIA | ACTUAL O ÚLTIMA ESCUELA DE ASISTENCIA | DISTRITO DE RESIDENCIA | ESCUELA DE RESIDENCIA | |

SOLICITUD DEL PADRE/TUTOR

Por medio de la presente solicito que al alumno nombrado arriba, se le permita asistir al distrito de

_____ durante el año escolar _____. Solicito que el alumno asista escuela _____.

Mis razones para hacer esta petición son

- Cuidado del alumno (adjunte verificación el formulario de verificación del cuidado del alumno).
- Los padres trabajan dentro de los límites del distrito solicitado (adjunte verificación).
- Necesidades especiales mentales o físicas certificadas por personal de la escuela (adjunte verificación)
- Otro _____

Para ser admitido a MUSD por favor incluya lo siguiente:

- Boletín de calificaciones más reciente
- Documentación de comportamiento, o declaración oficial de la escuela
- Copia más reciente de la asistencia estudiantil

¿Está recibiendo el estudiante servicios de educación especial (tiene un IEP)? Sí No

¿Si contesto sí, que servicios o clase recibe? _____

¿Está el alumno bajo orden de expulsión o ha sido expulsado alguna vez? Sí No

¿Tiene el alumno un Plan de 504? Sí No

Favor de leer cuidadosamente ya que su firma indica que está al tanto de las condiciones de este acuerdo de traslado si es aprobado:

1. La asignación del alumno a la escuela y clase, está basada en el espacio disponible. La aceptación del alumno en MUSD no garantiza un lugar/escuela específica. Este permiso está sujeto a ser revisado o cancelado en caso de una sobrepoblación en la escuela de asistencia. El Distrito no es responsable por exceso de costo.
2. El padre asume responsabilidad completa de proporcionar el transporte necesario.
3. Este permiso se vence a **finales del año escolar en curso**, cada año necesita **nueva verificación**
4. Este permiso será revocado inmediatamente por cualquiera de las siguientes razones:
 - a) Falsificación de la información proporcionada/documentos para matricular al estudiante o en esta solicitud
 - b) Falta de notificaron inmediata a la escuela del cambio de domicilio, empleo, o arreglos para el cuidado del alumno
 - c) Logro académico insatisfactorio
 - d) Comportamiento del alumno es un peligro para el personal y/o estudiantes, o no ha mejorado después de otros medios de corrección

He leído, comprendo, y acepto las condiciones de este acuerdo.

Nombre del Padre/Tutor (letra de molde) _____

Firma del Padre/Tutor _____

Fecha _____

ACCIÓN TOMADA POR EL DISTRITO SOLICITADO

EL ALUMNO HA SIDO: APROBADO NEGADO para asistir al distrito _____ en la escuela _____

Firma Autorizada _____

Título _____

Fecha _____

El Distrito de _____: APRUEBA NIEGA esta solicitud de transferencia entre distritos.

Firma Autorizada _____

Título _____

Fecha _____