

**DISTRITO ESCOLAR DEL SUR DE WHITTIER
 FORMULARIO DE SOLICITUD DE REGISTROS
 11200 TELECHRON AVENUE □ WHITTIER □ CA 90605**



***TODAS LAS SOLICITUDES DE REGISTROS SERAN PROCESADAS EN LA ORDEN RECIBIDAS Y SE
RECOGERAN SOLO CON CITA***

APELLIDO DEL ESTUDIANTE: _____ NOMBRE: _____ SEGUNDO NOMBRE: _____

OTRO NOMBRE QUE SEA USADO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

NOMBRE DEL PADRE(s)/ TUTOR: _____

DOMICILIO ACTUAL: _____

Número de Casa	Nombre de la Calle	Ciudad	Código Postal
----------------	--------------------	--------	---------------

NUMERO TELEFONICO (CASA): _____ NUMERO MOVIL: _____

TIPO DE REGISTRO (s) QUE SE ESTA SOLICITANDO (marque todas la que le apliquen):

<input type="checkbox"/> Historial de Registro	<input type="checkbox"/> Calificaciones	<input type="checkbox"/> Registro
<input type="checkbox"/> Salud	<input type="checkbox"/> Años del IEP _____ (Sólo estudiantes de Ed. Especial)	<input type="checkbox"/> Otro(Por favor especifique) _____

Un juego de registros se proporcionara sin costo, copias adicionales tendrán un costo de .20c por pagina. ____# de copias solicitadas .

Por favor, marque **TODAS** las escuelas, incluyendo grado(s) que asistió durante su inscripción en el Distrito Escolar del Sur de Whittier.

<u>NOMBRE DE LA ESCUELA</u>	<u>GRADO(S)</u>	<u>AÑO(S) ESCOLARES</u>
<input type="checkbox"/> CARMELA PRIMARIA	_____	_____
<input type="checkbox"/> LAKE MARIE PRIMARIA	_____	_____
<input type="checkbox"/> LOMA VISTA PRIMARIA	_____	_____
<input type="checkbox"/> LOS ALTOS PRIMARIA	_____	_____
<input type="checkbox"/> MONTE VISTA PRIMARIA	_____	_____
<input type="checkbox"/> MCKIBBEN PRIMARIA	_____	_____
<input type="checkbox"/> TELECHRON PRIMARIA	_____	_____
<input type="checkbox"/> GRAVES SECUNDARIA (Anteriormente S.W.I.S.)	_____	_____

Si desea autorizar a otra personas mayores de 18 años para recoger sus expedients por favor escriba sus nombre(s) a continuación.

Personas autorizadas para recoger sus registros (Primer nombre y apellido): _____

Necesitara presentar una identificacion válida de California/Pasaporte o cualquier otro tipo de identificación oficial con fotografia. Por favor firmar a continuación para comenzar el proceso de registro o para autorizar que puedan recoger los registros:

Imprimir su nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____