DISTRITO ESCOLAR DE ONTARIO-MONTCLAIR

Oficina de Bienestar, Asistencia y Archivos Estudiantiles - 950 West "D" Street, Ontario, CA 91762

DISTRITOS ESCOLARES DEL CONDADO DE SAN BERNARDINO

Solicitud para obtener autorización de transferencia a otro distrito

Los padres deben completar la siguiente información:

☐ Nueva petición ☐ Renovar la petición Ciclo escolar _____ Grado_____

Nombre del estudiante_____ Fecha de nacimiento _____

Distrito escolar correspondiente **Distrito Escolar de Ontario-Montclair** ☐ Niño ☐ Niña

En este momento, a qué escuela asiste _____

Escuela que le corresponde_____ _____

Escuela a la que pide transferencia (si hay cupo)

Distrito escolar al que desea la transferencia_____ **Proporcione copia del **IEP**

Estudiante de Educación Especial ☐ Sí ☐ No

Nombre del padre, madre o tutor_____ 504 Estudiante ☐ Sí ☐ No

Dirección del padre, madre o tutor _____

Código Pstal_____Teléfono_____/_____

(Hogar) (Celular)

¿Tiene su estudiante una orden de expulsión? ☐ Sí ☐ No

MOTIVO PARA ESTA PETICIÓN

☐ Razones de salud: Adjunte la verificación del médico o psicólogo con licencia.

☐ Este año, el cambio domiciliario está pendiente (límite de 90 días)

☐ El año actual se completa después de mudarse a otra zona de asistencia escolar

☐ Otro motivo_____

_____

_____

(Si es necesario, adjunte hojas)

La persona u organización que cuida su niño	Información de su empleador-Padre	Información de su empleador-Madre

Firma de la persona que cuida su niño_____

TERMINOS Y CONDICIONES

El padre, madre o tutor debe proporcionar el transporte escolar. **Este permiso solamente es válido para el ciclo escolar, siempre y cuando las condiciones se acaten y hasta que el estudiante tenga una asistencia, conducta y satisfactorio desempeño académico.** Información falsa o errona puede causar que se le niegue o revoque el permiso. Este permiso se aprobará solamente si el cupo en el distrito, está disponible. En cualquier momento, este permiso puede ser revocado. **E.C. 46600 Al no acatar los términos y condiciones especificados anteriormente, se anulará este permiso.**

Yo, he leído y entiendo las regulaciones y normas que gobierna el permiso de asistencia entre distritos y con este conocimiento, presento mi solicitud. Yo, declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada anteriormente es verdadera y exacta. Yo, entiendo que este formulario se proporcionará al distrito de zona correspondiente a mi domicilio, al distrito al que deseo la transferencia; esta información se sujetará a previa verificación.

Firma_____Fecha_____

THIS BOX FOR SCHOOL DISTRICT USE ONLY

Date Received:_____

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

☐ Approved ☐ Denied

Reason:_____

_____

Authorized Signature Title Date

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

☐ Approved ☐ Denied

Reason:_____

_____

Authorized Signature Title Date