



DISTRITO ESCOLAR UNIDO DE ORCUTT

SOLICITUD DE TRANSFERENCIA ENTRE DISTRITOS 2020-21

- I-Acuerdo de Asistencia entre Distritos (Conforme al Código de Educación §46600/46601.5)
 Nuevo
 E-Solicitud de Transferencia Relacionado al Empleo (Conforme al Código de Educación §4820)
 Renovar

INFORMACION DE PADRE Y ESTUDIANTE

Nombre de Estudiante: _____ Distrito Solicitado: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Grado: ____ Genero: M / F Escuela Solicitada: _____
 Nombre de Padre/Tutor: _____
 Domicilio de Casa: _____
 Numero de Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____
 Nombre/Domicilio de Empleo: _____

SERVICIOS ESPECIALES

¿El estudiante recibe servicios especiales? Si / No (Si indico que sí, indique servicios y proporcione documentación.)
 Plan 504 Del Habla Clase de Día Especial Recursos Otro: _____

RAZON POR LA SOLICITUD:

Por favor indique la razón o razones por la solicitud. Favor de agregar documentación si es requerido.

Cambio de domicilio – Fecha en la cual se movió: _____
 Un hermano asiste al Distrito Escolar solicitado
 Nombre _____ Grado: _____ Escuela: _____
 Otro – Favor de explicar (Si es necesario, use la parte de atrás de la forma para mas explicación)

DECLARACION DE PADRE/TUTOR:

Al hacer este Acuerdo de Asistencia entre Distritos, yo comprendo las siguientes condiciones:

1. Se requiere la aprobación de los dos distritos.
2. Si es concedida, el Acuerdo de Asistencia entre Distritos puede requerir renovación anual.
3. Se les puede requerir a los estudiantes que cambien de escuela debido a registraciones excesivas de escuela o cambios de límites de asistencia.
4. Puede ser revocado el Acuerdo de Asistencia entre Distritos en cualquier momento por asistencia inaceptable, problemas de comportamiento, y/o no seguir las reglas y pólizas de la escuela.
5. El padre/tutor es responsable por la transportación de ida y vuelta a la escuela.
6. Si la solicitud es negada, usted tiene el derecho de apelar la decisión a la Mesa Directiva de Educación del Condado de Santa Barbara.

Por la presente certifico que la información de padre/tutor y estudiante es precisa y yo comprendo y estoy de acuerdo en las condiciones declaradas en el Acuerdo de Asistencia entre Distritos.

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

(For Office Use Only - See Back)

DECISIONES DEL DISTRITO:

DISTRICT OF RESIDENCE: Approved <input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/>	DISTRICT REQUESTED: Approved <input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/>
Reason(s) for decision, if denied: _____	Reason(s) for decision, if denied: _____
By: _____ Date: _____	By: _____ Date: _____
Title: _____	Title: _____

ORIGINAL TO: Orcutt Union School District, Attn: Enrollment Office, 500 Dyer Street, Orcutt, CA 93455 Phone: 805.938.8946 FAX: 805.938.8948