



**Gilroy Unified School District
7810 Arroyo Circle Gilroy, CA 95020
REQUEST FOR INTERDISTRICT ATTENDANCE PERMIT**

School of Residence:	For School Year:	Grade:	New Request:	Renewal Request:
District Requested:		School Desired:		

This form is used by parents/guardians requesting a permit to allow their child to attend school in another district (i.e., district requested) rather than the district in which they live (i.e., district of residence).

STUDENT AND PARENT GUARDIAN INFORMATION

Student Name: _____ Birth date: _____ Grade Today: _____ M F

Parent (s) /Guardian's Name (s): _____

Home Address: _____

Home Phone: __ (____) ____ - _____ Work Phone: __ (____) ____ - _____ Cell Phone: __ (____) ____ - _____

If the student receives special services, indicate which type & attach copy of current IEP:
 504 Plan Speech Special Day Class Resource Specialist Program Other: _____

REASON (S) FOR REQUEST

Please check one or more of the reasons for the request listed below and complete the information to the right to further explain. Attach supporting documentation if required.

Reason for the request

Child Care (**K-6 only-proof required**) Provider's address: _____ Phone: _____

Change of Residence (former/future resident) Former address: _____ Date of move: _____

Employment within requested District (**proof required**) Employer: _____ Address: _____

8th / 12th Grade Privilege

Other

Instructional Program (see below*) _____

PARENT / GUARDIAN STATEMENT

In making this request, I understand the following conditions: 1) approval by both districts is required; 2) the district requested may investigate the student's attendance, behavior, and academic records before acting on the request. If granted, this permit will be in force for one (1) year and will remain in force only if the student meets the attendance, behavior, and academic requirements of the district requested; 3) if the permit is granted, the student and parent/guardian will be expected to cooperate with school personnel; 4) if the permit is granted, the parent/guardian will be responsible for the student's transportation to and from school; and 5) if the request is denied by the district and all appeal rights have been exhausted in the district, I have the right to appeal the decision to the Santa Clara County Board of Education. I hereby certify that the student and parent/guardian information provided above is accurate and that I understand and agree to the above stated conditions.

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

DECISION OF AFFECTED DISTRICTS

<p align="center">District of Residence</p> <p>Approval <input type="checkbox"/> Denial <input type="checkbox"/></p> <p>Reason(s) for Decision if Denied: _____</p> <p>Administrator: _____ Date: _____</p> <p>Phone: (669) 205-4000 Fax: (408) 846-7561</p> <p>_____ * Verification of enrollment in requested program required for approval and renewal.</p>	<p align="center">District Requested</p> <p>Approval <input type="checkbox"/> Denial <input type="checkbox"/></p> <p>Reason(s) for Decision if Denied: _____</p> <p>Administrator: _____ Date: _____</p> <p>Phone: _____ Fax: _____</p>
--	---



**Distrito Escolar Unificado de Gilroy
7810 Arroyo Circle Gilroy, CA 95020
SOLICITUD DE PERMISO PARA ASISTENCIA ENTRE DISTRITOS**

Escuela de área de asistencia:	Ciclo escolar:	Grado:	Nueva solicitud:	Renovación:
Distrito Solicitado:		Escuela Solicitada:		

Esta forma se usa cuando los padres/tutores solicitan permiso para que sus hijos asistan a la escuela en otro distrito escolar (por ejemplo: distrito solicitado) en lugar de asistir al distrito en donde ellos residen (pore j.: Distrito del area de asistencia)

INFORMACION DEL ESTUDIANTE Y PADRES/TUTORES

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado al que asiste: _____ M F

Nombre de Padre (s) /Tutor (es): _____

Domicilio: _____

Teléfono de casa: __ (____) _____ - _____ Trabajo: __ (____) _____ - _____ Celular: __ (____) _____ - _____

Si el estudiante recibe servicios especiales, indique de que tipo y adjunte una copia de su IEP mas reciente:
 Plan 504 Terapia de habla Salón de servicios especial Programa de especialista de recursos Otro: _____

RAZON(ES) DE LA SOLICITUD

Marque una o más razones por las cuales hace la solicitud y llene la información al derecho para mayor explicación. Si se requiere, adjunte documentación necesaria.

Razón por la solicitud:

Cuidado de niños (**K-6 se requiere comprobante**) Domicilio de proveedor: _____ Telefono: _____

Cambio de Domicilio (anterior/futuro) Domicilio anterior: _____ Fecha de cambio: _____

Empleo dentro del distrito solicitado (**se requiere comprobante**) Empleo: _____ Domicilio: _____

Privilegios para 8o y 12o Grado (su hijo/a tiene el privilegio de terminar su ultimo grado de secundaria/preparatoria en el distrito actual)

Otra razón _____

Programa de instrucción (ver enseguida*) _____

DECLARACION DE PADRE/TUTOR

Al hacer esta solicitud, entiendo que existen las siguientes condiciones: 1) se requiere aprobación de ambos distritos; 2) antes de decidir algo sobre esta solicitud, el distrito solicitado pudiera investigar la asistencia del estudiante, su conducta y sus records académicos. Si este permiso es otorgado, estará en vigor por (1) año y continuara en efecto únicamente si el estudiante cumple con los requisitos de asistencia, de conducta y de aprovechamiento académico para el distrito solicitado; 3) si el permiso es otorgado, se espera que el estudiante y los padres/tutores cooperen con el personal escolar; 4) si el permiso es otorgado, los padres/tutores serán responsables del transporte; y 5) si la solicitud no es aceptada por el distrito y se han agotado todos los derechos de apelación dentro del distrito, tengo el derecho de presentar una apelación de la decisión a la Mesa Directiva de Educación del Condado de Santa Clara. Por medio de la presente certifico que la información que se ha dado tanto del estudiante como los padres/tutores es correcta y que entiendo y estoy de acuerdo con las condiciones mencionadas anteriormente.

Firma de los Padres/Tutores: _____ Fecha: _____

DECISION DE LOS DISTRITOS AFECTADOS

<p align="center">Distrito del área de asistencia</p> <p>Aprobado <input type="checkbox"/> No Aprobado <input type="checkbox"/></p> <p>Si no ha sido aprobado explique la razón(es): _____</p> <p>Administrador: _____ Fecha: _____</p> <p>Teléfono: (669) 205-4000 Fax: (408)846-7561</p> <p>_____ * Se requiere verificación de inscripción en el programa solicitado para aprobación y renovación.</p>	<p align="center">Distrito Solicitado</p> <p>Aprobado <input type="checkbox"/> No Aprobado <input type="checkbox"/></p> <p>Si no ha sido aprobado explique la razón(es): _____</p> <p>Administrador: _____ Fecha: _____</p> <p>Teléfono: _____ Fax: _____</p>
---	---