



Distrito Escolar Unificado de Lompoc

SOLICITUD PARA TRANSFERENCIA INTER-DISTRITAL

Año Escolar Solicitado: _____

- I-Interdistrict Attendance Agreement (Pursuant to Education Code §46600/46601.5)
 E-Employment Related Request for Transfer (Pursuant to Education Code §48204(f))

- New**
 Renewal

INFORMACION DEL ESTUDIANTE Y PADRES:

Nombre del Estudiante: _____ Distrito que Solicita: _____

Fecha de Nac: _____ Grado _____ Alumno _____
 Solicitado _____ Alumna _____ Escuela Solicitada: _____

Nombre de Padre/Tutor: _____

Domicilio: _____

Tel. Casa: _____ Tel. Celular: _____ Tel. Trabajo: _____

Nombre/Domicilio de Empleador: _____

SERVICIOS ESPECIALES:

Recibe el estudiante servicios especiales: Si No Si la respuesta es sí, indique servicios y presente documentación apropiada.

Plan 504 Habla/Lenguaje Clase Educación Especial Recursos Otro: _____

RAZON(ES) DE LA SOLICITUD

Indique una o más razones por la solicitud. Si se requiere, adjunte documentos de apoyo.

Cambio de domicilio – Fecha del cambio _____
 Hermanos que asisten a este distrito: Nombre(s) _____
 Grado: _____ Escuela de Asistencia: _____
 Empleo - Presente comprobante de empleo (carta en papel membretado de la compañía/talón de cheque)
 Otro – Favor de explicar (si es necesario, utilice otra página para presentar más información)

PARENT/GUARDIAN STATEMENT:

Al presentar y firmar esta Solicitud para Transferencia Inter-Distrital, entiendo las siguientes condiciones:

1. Se requiere la aprobación de ambos distritos.
2. Si se aprueba, este Acuerdo de límites de asistencia escolar entre distritos puede requerir una renovación anual.
3. Es posible que se requiera que los estudiantes cambien de escuela debido a un cupo excesivo/matriculación escolar excesiva o al rediseño de los límites de asistencia.
4. Este Acuerdo de límites de asistencia entre distritos puede ser revocado en cualquier momento por asistencia inaceptable, problemas de comportamiento y/o no cumplir con las reglas y normas escolares.
5. El padre/tutor es responsable del transporte hacia y desde la escuela.
6. Si se niega esta solicitud, tiene derecho a apelar la decisión ante el Consejo de Educación del Condado de Santa Bárbara.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

DISTRICTS' DECISIONS:

ATD-12 rev. 11/22

DISTRICT OF RESIDENCE: Approved <input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/> Reason(s) for decision, if denied: _____ By: _____ Date: _____ Title: Administrator, Pupil Support Services By: _____ Date: _____ Title: Assistant Superintendent, Student Services	DISTRICT REQUESTED: Approved <input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/> Reason(s) for decision, if denied: _____ By: _____ Date: _____ Title: _____
--	---