



INTERDISTRICT TRANSFER FORM TO LEAVE THE SAN MATEO-FOSTER CITY SCHOOL DISTRICT

(Complete this form if you live within the SMFCSD and would like to apply for a transfer to another school district)

PLEASE PRINT AND USE A SEPARATE FORM FOR EACH CHILD

_____ NEW _____ RENEWAL

This transfer is for school year _____ - _____ for the following student to leave _____
School of Assignment

School in the San Mateo-Foster City School District and attend _____
School of Transfer

in the _____
District of Transfer

Student's Name _____ Gender: M F Date of Birth _____ Transfer Grade _____

Parent or Guardian _____ Telephone Number _____

Address of Student _____ City _____ Zip Code _____

Each school district has a policy with locally determined criteria for accepting/denying/revoking interdistrict transfers which may or may not include the reasons listed below. After reviewing your local district policy, check the reason for requesting the transfer and attach supporting documentation if necessary.

ALL APPLICABLE SECTIONS BELOW MUST BE COMPLETED OR THE TRANSFER WILL NOT BE PROCESSED.

Is the student eligible for or enrolled in Special Education? ____ Yes ____ No If yes, please check service(s) received below:

____ Resource Specialist Program (RSP) ____ Special Day Class (SDC) ____ Speech & Language ____ Other – Specify _____

REASON FOR TRANSFER REQUEST

Please check one or more of the reasons listed below for the transfer request.

- | | |
|--|---|
| ☐ Child Care | ☐ Employment within District |
| ☐ Change of Residence | ☐ Sibling |
| ☐ Complete final year at current school | ☐ Other _____ |

PARENT/GUARDIAN STATEMENT

The interdistrict transfer will be reconsidered if the student is subsequently identified as needing new or additional educational services. I understand that, if my transfer is approved, I will be responsible for my child's transportation to and from the approved school. I also understand that the receiving School District reserves the right to administratively deny or revoke an interdistrict transfer based on insufficient space, a student's record of academic performance, attendance, behavior or any additional factors that would negatively affect the instructional program at the receiving school.

Signature of Parent/Guardian _____ Date _____

DECISION OF AFFECTED DISTRICTS

DISTRICT OF RESIDENCE

Approved ☐ Denied ☐

Reason(s) for decision if denied _____

Signature of Authorized Representative _____

Date _____

Title _____

DISTRICT OF DESIRED ATTENDANCE

Approved ☐ Denied ☐

Reason(s) for decision if denied _____

Signature of Authorized Representative _____

Date _____

Title _____

SAN MATEO-FOSTER CITY SCHOOL DISTRICT NONDISCRIMINATION STATEMENT

The San Mateo-Foster City School District does not allow discrimination, intimidation, harassment (including sexual harassment) or bullying based on a person's actual or perceived race, color, ancestry, nationality/national origin, immigration status, ethnic group identification/ethnicity, age, religion, marital status/ pregnancy/ parental status, physical or mental disability, sex, sexual orientation, gender, gender identity, gender expression, genetic information, medical information or association with a person or group with one or more of these actual or perceived characteristics.

For questions or complaints, contact:

SMFCSD Equity Officer: Diana Tavares, Assistant Superintendent of Human Resources; 1170 Chess Drive, Foster City, CA 94404; (650) 312-7288; dtavares@smfcfsd.net and **Title IX Compliance Officer: Dr. Margaret Heredia; Director of Student Services;** 1170 Chess Drive, Foster City, CA 94404; (650) 312-7340; mheredia@smfcfsd.net.



SOLICITUD PARA PEDIR PERMISO DE DEJAR EL DISTRITO ESCOLAR SAN MATEO-FOSTER CITY

(Complete esta solicitud si usted vive en el DESMFC y le gustaría solicitar un traslado a otro distrito escolar)

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE Y LLENE UNA SOLICITUD PARA CADA NIÑO

_____ NUEVA _____ RENOVACIÓN

Este traslado es para el año escolar _____ - _____ para que el siguiente alumno deje _____
Escuela de asignación
en el distrito escolar San Mateo-Foster City y asista a _____ en el

Escuela de traslado

Distrito de traslado

Nombre del alumno _____ Género: M F Fecha de Nac. _____ Grado del tras. _____

Padre o tutor _____ Número de teléfono _____

Dirección del alumno _____ Ciudad _____ Cód. postal _____

Cada distrito escolar tiene un reglamento con normas determinadas localmente para aceptar/negar/revocar traslados entre distritos que podrían o no incluir las razones enumeradas abajo. Después de leer el reglamento del distrito, marque la razón por la cual está solicitando el traslado y si es necesario adjunte documentación adicional.

TODAS LAS SECCIONES A CONTINUACIÓN QUE APLIQUEN DEBEN SER COMPLETADAS O EL TRASLADO NO SERÁ PROCESADO.

¿Es elegible o está recibiendo educación especial el alumno? ____ Sí ____ No Si sí, indique abajo el/los servicio(s) que recibe:

____ Resource Specialist Prog. (RSP) ____ Clase esp. todo el día (SDC) ____ Habla y lenguaje ____ Otro – Especifique _____

RAZÓN DE LA SOLICITUD DE TRASLADO

Marque una o más de las razones de la solicitud de traslado enumeradas abajo.

- | | |
|---|---|
| ☐ Cuidado de niños | ☐ Empleo dentro del distrito |
| ☐ Cambio de domicilio | ☐ Hermanos |
| ☐ Completar el último año en la escuela solicitada (5º u 8º) | ☐ Otro _____ |

DECLARACIÓN DEL PADRE O TUTOR

El traslado será reconsiderado si subsecuentemente el alumno necesita servicios educativos nuevos o adicionales. Entiendo que si mi solicitud es aprobada, seré responsable por el transporte de mi hijo de la casa a la escuela aprobada y viceversa. También entiendo que el distrito escolar que recibe al alumno se reserva el derecho de administrativamente negar o revocar un traslado entre distritos basándose en que no hay espacio suficiente, en el rendimiento académico del alumno como aparece en su récord, en su asistencia, conducta o factores adicionales que puedan afectar negativamente el programa instruccional de la escuela que lo recibiría.

Firma del padre o tutor _____ Fecha _____

DECISIÓN DE LOS DISTRITOS AFECTADOS

DISTRITO DE DOMICILIO

Aprobado ☐ Negado ☐

Si fue negado, razón(es) de la decisión _____

Firma del representante autorizado _____

Fecha _____

Puesto/cargo _____

DISTRITO SOLICITADO

Aprobado ☐ Negado ☐

Si fue negado, razón(es) de la decisión _____

Firma del representante autorizado _____

Fecha _____

Puesto/cargo _____