

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOMPOC**  
**PETICION PARA ANULAR LA TRANSFERENCIA**  
**INTRA-DISTRITAL**  
**AÑO ESCOLAR 2024-2025**

<b>District Office Use Only</b>	<input type="checkbox"/> TRFY
Date Received:	_____
<input type="checkbox"/> Special Ed Approved	_____
<input type="checkbox"/> Approved By:	_____
<input type="checkbox"/> Denied By:	_____
Date:	_____

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Grado en 2024-2025 \_\_\_\_\_  
*Apellido* *Primer Nombre*

Domicilio \_\_\_\_\_  
*Número y calle* *Ciudad* *C. Postal*

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela de asistencia actual \_\_\_\_\_

Escuela de Asistencia \_\_\_\_\_

¿Está recibiendo el estudiante servicios de Educación Especial (en un IEP)?  Sí  No

¿Está recibiendo el estudiante adaptaciones por la Sección 504?  Sí  No

Razón de la Petición: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Imprimir Nombre del Padre/Tutor Legal

Teléfono (Casa/Celular) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor Legal X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_