



VICTOR VALLEY UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

16350 MOJAVE DRIVE
VICTORVILLE, CALIFORNIA 92395-3655
TELEPHONE (760) 955-3201

PETICIÓN DE ASISTENCIA ENTRE ESCUELAS DEL DISTRITO (INTRADISTRITO)

Para el ciclo escolar: _____ - _____

El estudiante estará en el grado _____ para el ciclo escolar susodicho.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección para correo: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

Dirección residencial: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

Padres/Tutores: _____ Teléfono: _____

¿El estudiante actualmente recibe servicios de educación especial? Sí _____ No _____

¿El estudiante está cumpliendo actualmente un período de expulsión de otro distrito escolar? Sí _____ No _____

Escuela que **desea** asistir: _____ Escuela **actual** de jurisdicción: _____

Escuela que el estudiante asiste actualmente / asistió por última vez: _____

Razón de la solicitud: _____

TÉRMINOS Y CONDICIONES

Se entiende que el padre / tutor tendrá que proporcionar transportación de casa - escuela - casa. Este permiso es válido mientras se mantengan las condiciones establecidas y siempre y cuando la asistencia escolar, el comportamiento y el rendimiento académico del alumno sean satisfactorios para la escuela a la que asiste. Si el comportamiento o la asistencia escolar de su hijo(a) no son satisfactorios, el/la estudiante podría regresar a su escuela de jurisdicción. Cualquier información falsa o engañosa puede ser causa de la negación o revocación del permiso. La aprobación está sujeta a la disponibilidad de espacio en la escuela. El permiso se puede revocar por alguna causa y en cualquier momento.

He leído y entiendo las reglas y política que rigen los permisos de asistencia escolar dentro del distrito y por este medio presento mi solicitud. Declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada anteriormente es precisa y verdadera. Entiendo que se proporcionará este formulario al distrito de jurisdicción, a la escuela de asistencia deseada y que la información provista está sujeta a verificación.

Firma del padre/tutor (Puede que se requiera la prueba de la patria potestad o tutela) Fecha

SÓLO PARA USO DE OFICINA

¿Aprobado por el Departamento de Educación Especial? (solo si corresponde) Aprobado: _____ Negado: _____

Por: _____ (Nombre/Título) _____ (Firma)

Escuela que libera: _____ Escuela que recibe: _____

Fecha: _____ Aprobada: _____ Negada: _____

Por: _____ (Nombre/Título) Por: _____ (Nombre/Título)

(Firma) (Firma)

La solicitud de asistencia escolar intradistrital del estudiante susodicho se aprueba sujeta a que los padres asuman la responsabilidad total de proporcionar servicio de transporte.