



Turlock Unified School District

ACUERDO de TRANSFERENCIA DENTRO DEL DISTRITO

Grados TK- 6 – Debido el 3 de febrero en la oficina de la escuela solicitada.

Año escolar en curso: _____ **Grado al presente:** _____

Escuela presentemente matriculado: _____

Escuela de residencia en 2026-2027: _____

Año escolar solicitado: **2026-27**

Grado en el año solicitado: _____

Escuela solicitada: _____

¿ESTA MATRICULADO EL ESTUDIANTE EN EDUCACION ESPECIAL? SI NO

Imprima Nombre del Estudiante: _____ Edad: ____ Fecha de Nacimiento: _____

Imprima Nombre de Padre/Tutor: _____

Domicilio de Residencia Legal: _____

Teléfono por Día: _____ Teléfono Celular: _____ correo electrónico: _____

APROBACION ES BASADO EN LA DISPONIBILIDAD DE ESPACIO. TRANSPORTACION SERA PROVEIDO POR EL PADRE.

Marque la razón prioritaria para la solicitud. Tiene que completar el Nivel 1 o Nivel 2 o el estudiante será puesto en Nivel 3.

Nivel 1 El padre/madre es un empleado permanente en la escuela solicitada.
Escuela donde esta empleado/a: _____

Nivel 2 Hermano(a) que asiste la escuela solicitada.
Nombre del Hermano/a: _____ Grado: _____ Nombre del Hermano/a: _____ Grade: _____

Nivel 3 **NUEVO** (El nombre del estudiante será puesto en un proceso de sorteo de lotería basado en la escuela solicitada, grado y nivel de prioridad.)

Si es aprobada, este acuerdo será efectivo por doce (12) meses consecutivos comenzando en **agosto de 2026**. Este Acuerdo será renovada por periodos de doce (12) meses (o un año escolar) a menos que una persona haya proveído un aviso de cancelación antes del 1º de febrero del año anterior. **El Distrito Unificado Escolar de Turlock reserva el derecho de cancelar los acuerdos debido a ausentismo escolar (10 o más faltas sin razón válida), grados muy bajos (GPA más bajo de 2.0) un comportamiento inaceptable (ninguna suspensión).**

Estoy de acuerdo: Si No

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

SOLAMENTE PARA EL USO DE LA OFICINA DE TUSD

1. Office Staff Receiving Agreement: _____ Date: _____

- Student currently enrolled
- Overflow Student

2. Special Education Director: Approved
Denied

Signature of Special Education Director: _____ Date: _____

3. Principal of Requested School: Approved
Denied Space _____ Other _____

Signature of Principal: _____ Date: _____

4. Student Services (District Office): Approved
Denied Space _____ Other _____

Signature of Student Services Director: _____ Date: _____

Emailed: _____
Scanned: _____
Rescinded: _____

Quiero CANCELAR el Acuerdo de Transferencia Dentro el Distrito. Queremos regresar a nuestra escuela de residencia
 _____ (Nombre de escuela). Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____
 Firma del Director(a): _____ Fecha: _____