



Turlock Unified School District

ACUERDO de TRANSFERENCIA DENTRO DEL DISTRITO

Grados TK- 6 – Debido el 5 de febrero en la oficina de la escuela solicitada.

Año escolar en curso:
Grado al presente:
Escuela de residencia en 2025-2026:

Año escolar solicitado: 2025-2026
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 de una escuela en Turlock o miembro de la Mesa Directiva.
Nivel 2 Hermano(a) que asiste la escuela solicitada.
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 2025. 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Rescinded: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
Firma del Padre/Tutor:
Fecha:
Firma del Director(a):
Fecha: