



Turlock Unified School District

ACUERDO de TRANSFERENCIA DENTRO DEL DISTRITO Grados 9-12

Debido el primero de febrero para todos los estudiantes de escuelas secundarias a la oficina de Servicios de Estudiantes.

Año escolar en curso: _____

Grado al presente: _____ Escuela presentemente matriculado: _____

Escuela de residencia en 2020-2021: _____

Año escolar solicitado: **2020-2021**

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.
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 con el agosto de 2020. 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 la asistencia (95%), 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: _____

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

Signature of Principal: _____ Date: _____

Student currently enrolled
 Overflow Student

3. Special Education Director: Approved
Denied

Signature of Special Education Director: _____ 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: _____