Student Id Number:_____

Distrito Escolar de Sulphur Springs Union
Solicitud de Asistencia Intradistrital

27000 Weyerhaeuser Way Santa Clarita, Ca 91351
Ph:661-252-5131 Fax: 661-252-3589
www.sssd.k12.ca.us

Favor de tramitar esta solicitud al plantel escolar o a las oficinas del distrito escolar.
Si requiere ayuda, favor de llamar a Servicios de Alumnos al 661-252-5131.

AVISO A PADRES: La transportación a la escuela solicitada es la responsabilidad de los padres. El acuerdo de transferencia intradistrital permanecerá vigente por el resto de los años de primaria del estudiante en el distrito escolar.
Bajo el Reglamento Directivo 5116.1 *y* Regulación 5116.1

Esta solicitud es para el ciclo escolar 20_____ - 20_____ para el Grado _____

Nombre del Estudiante _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Domicilio _____

Indicar el motivo de la petición de transferencia: ☐ Desición del Padre ☐ Cambio de Domicilio ☐ Hermano/a ya Inscrito Nombre: _____ ☐ Padre es empleado de escuela solicitada

Escuela de Residencia	<Seleccionar>			
Última Escuela de Asistencia	<Seleccionar>			
Escuela a la Que Desea Asistir	Primera Opción	<Seleccionar>	Segunda Opción	<Seleccionar>

¿El estudiante tiene un IEP? ☐ No ☐ Sí *Si afirmativo, incluir copia del IEP más reciente*
El Departamento de Educación Especial debe aprobar a estudiantes de educación especial antes de poder aprobar la transferencia.

Solo para Uso Exclusivo del Departamento de Educación Especial ------- For Special Education Department Use Only

Please indicate Special Education Services: ☐ SDC ☐ RSP ☐ Speech Language ☐ Other:_____

Can the student's needs be met at the site requested (see above): ☐ Yes ☐ No

If NO, specify: _____

_____
Reviewed by

Nombre del Padre _____ **Firma del Padre** _____

Número de Teléfono _____ **Correo Electrónico** _____

Solo para Uso de Servicios de Alumnos / Pupil Services Use Only ☐ Added to cohort numbers ☐ Already in enrollment numbers at the site

This Intra-District Attendance Application has been ☐ **Approved** ☐ **Denied** due to ☐ Capacity Limits ☐ Attendance Concerns ☐ Behavioral Concerns

_____ _____
Pupil Services **Date**

Parent Advised By: Phone Email US Mail Date:_____ By:_____ Rev. 11/2023