



Santa Cruz City Schools

Solicitud de Transferencia Intra Distritos (Matricula Abierta)

2018-2019

Instrucciones: Las solicitudes de Transferencia Intra Distritos para los grados 6-12 serán aceptadas del 20 de enero al 15 de febrero. Las solicitudes para los grados TK-5 serán aceptadas del 25 de febrero al 15 de marzo. Las solicitudes deben recibirse en la Oficina de Servicios Estudiantiles, Escuelas de la Ciudad de Santa Cruz, 405 Old San Jose Road, Soquel, CA 95073 o por fax: 429-3450 antes de las 5:00 pm del día 15 de febrero (para secundaria) y 15 de marzo (para primaria). Los estudiantes de primaria deben escribirse primero en la escuela de su área escolar, obtener la firma del director de la escuela o persona designada y traer o enviar la solicitud a la Oficina de Servicios Estudiantiles. Si tiene preguntas, por favor llame al (831)429-3410 ext. 215

Apellido del Estudiante:	Nombre del Estudiante:	Fecha de Nacimiento:	Genero:
		/ /	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro

Estoy aplicando para el Programa de Doble Inmersión (Kinder y 1° grado solamente) Sí No Primer Idioma: _____

Por la presente solicito que a mi estudiante se le permita asistir a la escuela _____ en el grado _____ para el año escolar 2018-2019

El estudiante asiste actualmente a la escuela: _____ en el grado: _____ ó en pre-Kinder.

El estudiante asiste a un Programa de Educación Especial? Sí No

Si lo está, indique el programa: RSP SDC Terapia de Lenguaje Otro: _____ Nombre del maestro de Educación Especial: _____

Razón por la solicitud de Transferencia de Intra Distritos

Se ha cambiado de casa y quiere que su estudiante permanezca en la misma escuela a la que asiste actualmente.

El/la estudiante tiene un hermano/a que asiste a la escuela solicitada:

Nombre: _____ grado en el que asistirá el hermano/a en el 2018-19 _____.

El/a estudiante es hijo/a de un empleado permanente del Distrito Escolar de Santa Cruz. Por favor de proveer el nombre.

Nombre: _____ y sitio de trabajo del empleado _____.

La escuela solicitada está más cerca de mi casa.

Otro:

Está jugando actualmente en un equipo de atletismo en la escuela secundaria? Sí No

El padre/tutor **debe escribir** sus iniciales en las líneas para indicar que entiende las estipulaciones del proceso de Transferencia de Intra Distritos:

_____ Entiendo que cualquier Transferencia de Intra Distritos puede ser anulada durante los primeros 20 días de que haya comenzado la escuela, el alumno puede ser transferido si llegara un estudiante que resida en esa área escolar.

_____ Entiendo que una vez que la Transferencia Intra Distritos es aprobada, el/la estudiante debe asistir a la escuela solicitada por **1 semestre** si es estudiante de secundaria ó **1 año** ese s estudiante de primaria, antes de volver a solicitar una Transferencia Intra Distritos, aun para regresar a la escuela de su área residencial escolar.

_____ Entiendo que si la solicitud de Transferencia Intra Distritos es aprobada el Distrito Escolar **no proveerá** transportación.

_____ Entiendo que las solicitudes aprobadas están sujetas a revisión y pueden ser revocadas por problemas de asistencia ó de disciplina.

_____ Entiendo que la aprobación de la Transferencia Intra Distrito se basa en disponibilidad de espacio y en las siguientes prioridades:

- (1) Estudiantes que se han cambiado de domicilio, pero desean permanecer en la misma escuela.
- (2) Estudiantes que tienen un hermano/a que asiste a la escuela solicitada durante el año escolar 2018-19.
- (3) Hijos/a cuyos padres son empleados permanentes del Distrito Escolar de Santa Cruz y viven en el Distrito.

Por la presente certifico que entiendo y estoy de acuerdo con las estipulaciones aquí mencionadas arriba:

Nombre en letra de molde del Padre/Tutor:	Firma del Padre/Tutor:	Fecha:
---	------------------------	--------

Dirección:	Ciudad:	Código Postal:
------------	---------	----------------

Correo electrónico:	Teléfono de Celular:	Teléfono de Casa:	Teléfono de trabajo:
---------------------	----------------------	-------------------	----------------------

FOR OFFICE USE ONLY

Principal Signature of school of residence (**Elementary Only**) _____ Date: _____

School of Residence: _____ Current School: _____

Date **Approved**: _____ Date **Denied**: _____ Date **Declined**: _____

Student Services Signature: _____ TWI/MCS Waiting List # _____