

- Nuevo  
 Continuo

## WILLOWS UNIFIED SCHOOL DISTRICT

823 West Laurel Street • Willows, CA 95988 Año escolar: **2026/27**

(530) 934-6600 • Fax (530) 934-6609

Expira: **Junio 20** \_\_\_\_\_

## PERMISO DE ASISTENCIA INTERDISTRITAL

### PARTE UNO – SOLICITUD / RAZÓN DE LA SOLICITUD

ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ GRADO (En 2025/26) \_\_\_\_\_

PADRES/GUARDIANES \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN FÍSICA \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE ENVÍO (si es diferente a la de arriba) \_\_\_\_\_

DISTRITO Y ESCUELA DONDE EL ESTUDIANTE DESEA ASISTIR \_\_\_\_\_

RAZÓN DE LA SOLICITUD – Por favor marque un área y complete la información solicitada:

EMPLEO: Solicito la transferencia de este estudiante por motivos de empleo de conformidad con el Código de Educación §48204.

Estoy empleado por (Nombre del Empleo) \_\_\_\_\_

(Dirección del Empleo) \_\_\_\_\_ (Teléfono) \_\_\_\_\_

Situado en (Nombre del Distrito Escolar) \_\_\_\_\_

CUIDADO DE LOS NIÑOS: Solicito la transferencia de este estudiante debido a las necesidades de cuidado infantil, de conformidad con el Código de Educación §46600.

Nombre del lugar (donde recibe cuidado infantil): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Situado en (nombre del Distrito Escolar) \_\_\_\_\_

OTRAS RAZONES: El cambio de escuela de asistencia es necesario porque (sea específico): \_\_\_\_\_

### PARTE DOS – CONVENIO

En caso de que sea aprobada esta solicitud, entiendo y acepto que:

1. El estudiante mencionado anteriormente será transferido de regreso a su distrito de residencia si las instalaciones o los programas no están disponibles.
2. Si el estudiante demuestra asistencia, beca o ciudadanía insatisfactoria, la aprobación puede ser cancelada.
3. La falsificación o tergiversación de la información en este formulario constituye motivo de negación o cancelación de este permiso.
4. Los padres asumirán la responsabilidad de todo el transporte hacia y desde la escuela.
5. Este acuerdo terminará dentro de los 5 años posterior al cierre del año escolar aprobado. (la fecha de expiración se encuentra arriba)

Nombre Impreso del Padre/Guardián

Firma del Padre/Guardián

Fecha

### PARTE TRES – CONSULTA CON EL DIRECTOR DE LA ESCUELA

Todas las nuevas solicitudes interdistritales deben cumplir con la administración apropiada del Willows Unified School District.

El padre ha discutido esta solicitud con \_\_\_\_\_, Director de \_\_\_\_\_ (escuela).

Firma del Director: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### PARTE CUATRO – APROBACIÓN O NEGACIÓN

DISTRICT OF RESIDENCE:

REQUESTED DISTRICT:

APPROVED / APROBADA     DENIED / NEGADA

APPROVED / APROBADA     DENIED / NEGADA

Reason(s) for Denial: \_\_\_\_\_

Reason(s) for Denial: \_\_\_\_\_

DISTRICT OF RESIDENCE: Willows Unified

REQUESTED DISTRICT: \_\_\_\_\_

Superintendent/Designee

Superintendent/Designee

Date: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_