

☐

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: _____