



**DISTRITO ESCOLAR MODESTO**  
 426 Locust St., Modesto, CA 95351-2699  
 N° tel. 574-1595 N° fax 574-1549

Plazo para solicitudes  
 Intradistritales:  
 28 de febrero de 2019

**INTRA (Dentro del Distrito Escolar Modesto)**  
**INTER (Fuera del Distrito)**  
**Año Escolar 2019-2020**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ FECHA DE NAC. \_\_\_\_\_ GRADO (19/20) \_\_\_\_\_ N° DE ID. \_\_\_\_\_ M o F

SOLICITA ASISTIR A \_\_\_\_\_ EN VEZ DE \_\_\_\_\_

ESCUELA QUE ACTUALMENTE ASISTE \_\_\_\_\_

¿ESTÁ SU HIJO/A RECIBIENDO SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 ¿CUENTA SU HIJO/A ACTUALMENTE CON UNA AUTORIZACIÓN INTRA/INTERDISTRITAL PARA ASISTIR A LA ESCUELA SOLICITADA? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

PADRE/TUTOR (use letra de imprenta) \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_ TELEFONO (CASA) \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ (TRABAJO) \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad/Estado Zona Postal

**MOTIVO DE LA SOLICITUD:**

**CUIDADO INFANTIL (SOLO GRADOS K-8) SE REQUIERE UN COMPROBANTE DE EMPLEO – VEA EL REVERSO DEL FORMULARIO**

Empleo (Solo Interdistrital)

Cambio de Domicilio (Actualmente Matriculado en la Escuela Solicitada)

Bienestar Estudiantil (Explique en el Reverso del Formulario)

Hermano/a (Actualmente inscrito/a y continuará en la escuela solicitada) N° de ID del hermano/a \_\_\_\_\_

Programa Ofrecido – Indique el programa que la escuela de residencia no ofrece: \_\_\_\_\_

Estudiante continuante-

*Se recomienda que escoja Programa Ofrecido para grados 9-12 cuando la regla Hermano o Cambio de Domicilio no se aplica.*

**La inscripción continua de la matrícula depende de la disponibilidad de vacantes. Si hay superpoblación, su estudiante puede ser transferido dentro de los primeros 20 días de inscripción (B.P. 6151.2). LAS SOLICITUDES DE AUTORIZACIONES INTERDISTRITALES DEBEN HACERSE DE FORMA ANUAL (B.P. 5117).**

**Revocación del Permiso/Transporte:** La solicitud Intra/Inter-distrital podrá ser revocada en cualquier momento que un estudiante no mantiene los estándares aceptables de asistencia, logro académico y/o comportamiento. Entiendo que el transporte de estudiantes es la responsabilidad de los padres **Iniciales aquí**

DISPOSICIÓN DE LA ESCUELA DE RESIDENCIA:

**PLAZO PARA TRANSFERENCIAS  
 INTRADISTRITALES: 28 DE FEBRERO DE 2019**

APROBADO  AUTORIZACIÓN RECHAZADA (Indique el motivo en el reverso del formulario)

FECHA FIRMA DEL DIRECTOR/SUBDIRECTOR ESCUELA DE RESIDENCIA

DISPOSICIÓN DE LA ESCUELA A LA QUE SOLICITA EL INGRESO:

APROBADO  AUTORIZACIÓN RECHAZADA (Indique el motivo en el reverso del formulario)

FECHA FIRMA DEL DIRECTOR/SUBDIRECTOR ESCUELA DE ASISTENCIA

DISPOSICIÓN DEL DIRECTOR DE BIENESTAR INFANTIL Y ASISTENCIA:  APROBADO  AUTORIZACIÓN RECHAZADA

\_\_\_\_\_

Ed Miller, Director

**Motivo**

**BIENESTAR INFANTIL Y ASISTENCIA**

**Fecha**

**Firma**

**VERIFICACIÓN HECHA POR:**

[ ] Recomendación o documento escrito (copia adjunta)

[ ] Justificación verbal hecha por \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Cuidado infantil proporcionado por** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_

**Empleador del solicitante** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre de familia**

**SI EL MOTIVO DE LA SOLICITUD ES EL CUIDADO INFANTIL O EL EMPLEO, ENTREGUE UN COMPROBANTE DE EMPLEO POR CADA PADRE DE FAMILIA QUE VIVA EN EL HOGAR.**

**Ejemplos: TALÓN DE CHEQUE, CARTA DEL EMPLEADOR, LICENCIA DE NEGOCIOS, HORARIO DE CLASES O CONTRATO.**

**APORTACIÓN DEL ADMINISTRADOR**

**DECLARACIÓN DEL PADRE DE FAMILIA**

**(Si es necesario, adjunte páginas adicionales)**

**Estudiantes en grados 9-12, deben seleccionar un programa de instrucción que no ofrece la escuela de residencia.**

**Una declaración no es necesario para la regla del Hermano o Cambio de Domicilio.**