

Troy Stoops
Superintendent

Board
Members

Rodney Hill
Chair

Raymond Frey
Vice Chair

Shari Riedman

Greg Traeger

Daniel Crowe

SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DE NO RESIDENTE
(Debe ser completado con precision y archivado para cada estudiante)

Debe ser completado por el Padre / Tutor:

Fecha: _____ Año Escolar Solicitado: _____

Para: _____
Distrito Escolar No – Residente Solicitado *Escuela Solicitada No - Residente*

Nombre de Estudiante: _____
Porfavor Imprima Claramente

Fecha de Nacimiento de Estudiante: _____ Grado: _____
(porfavor indique el grado en el que estara el estudiante para el año escolar solicitado)

Nombre del Peticionario: _____
*Padre/Tutor ***Porfavor Imprima Claramente****

Direccion: _____ Telefono de Casa: _____
Calle Ciudad Codigo Postal Trabajo: _____
Cellular: _____

Direccion Postal: *(si es diferente que el de arriba)* _____
P.O. Box Ciudad Codigo Postal

Correo Electronico: _____

Motivo de la peticion (opcional): _____

El estudiante ha sido expulsado algunavez? ___ SI ___ NO Si es si, porfavor de la razon:

Adjunte documentacion que verifique la direccion actual y el numero de telefono. (facturas de servicios publicos, facturas de telefono, etc.) despues de la aprobacion del acuerdo de transferencia.

