



PETICIÓN INTERDISTRITO

Distrito Escolar Alisal 2023-2024

155 Bardin Rd., Salinas, CA, 93905, (831)753-5700 Ext. 2011

Información del estudiante (Letra de molde por favor)

PEI Actual: SI No
 (Educación Especial)

Apellido del estudiante _____ Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Código _____ Teléfono de Casa / Celular _____

Grado para el año de petición _____ **Nueva Petición/Renovación** Escuela de Residencia: Alisal, AVA, Bardin, Chávez, Creekside, Fremont, Frank Paul, Loya, MLK, Sánchez, Steinbeck, VRB, Monte Bella

Distrito y escuela de preferencia: _____
 Distrito de Preferencia _____ Escuela de Petición _____

Información de estudiantes adicionales que desea transferir

Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento	Grado para el año de petición	Escuela Actual	PEI	
1.				Si/No	NuevaPetición / Renovación
2.				Si/No	NuevaPetición / Renovación
3.				Si/No	NuevaPetición / Renovación

Razón de la petición: _____

Mi firma indica que he leído y entendido las siguientes condiciones:

Esta Petición puede ser cancelada en cualquier momento durante el año escolar por asistencia insatisfactoria o tardanzas, falta de progreso académico, mal comportamiento o el número de estudiantes en el salón (basado en la decisión del Superintendente o la de su designado). El Distrito Escolar Alisal no proporcionará transportación.

Además, entiendo que este acuerdo está sujeto a la aprobación de los dos distritos involucrados, y que obtener todas las firmas necesarias en estas formas es mi responsabilidad. Si el estudiante requiere servicios de educación especial, el acuerdo será aprobado solamente si el distrito de donde viene el estudiante se compromete a pagar los costos excesivos que resulten de las necesidades educativas del estudiante. Una Petición de Interdistrito que ha sido negada puede ser apelada con el Consejo de Educación del Condado de Monterey.

*De acuerdo a la póliza BP5118, la petición de transferencia deberá ser sometida un año antes del año escolar solicitado dentro de las fechas del **1 de enero al 1 de marzo**.*

Yo certifico que la dirección que di es mi residencia actual (Un comprobante puede ser requerido).

Nombre de Padre/Guardián (Letra de molde por favor): _____

Firma de Padre/Guardián: _____ **Fecha** _____

FAVOR DE REGRESAR ESTA FORMA AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS EDUCATIVOS LOCALIZADO EN LA DIRECCION: 155 Bardin Rd., Salinas, CA, 93905 o por correo electronico a angela.gutierrez@alisal.org

For District of Residence (Release)	
<input type="checkbox"/> Approved	<input type="checkbox"/> Denied
Signature _____	Date _____

For District of Attendance	
<input type="checkbox"/> Approved	<input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/> Insufficient Space <input type="checkbox"/> Impacted
SPED programs School recommendation due to <input type="checkbox"/> Behavior	
<input type="checkbox"/> Grades <input type="checkbox"/> Attendance <input type="checkbox"/> Other	
Signature _____	Date _____