

The Davenport Community School District Transfer Option Form - SPANISH

Forma de Transferencia Opcional - Favor de llenar una forma por cada estudiante.

Fecha:

Año Escolar

Apellido del Estudiante

Nombre del Estudiante

Domicilio
 Ciudad y Estado
 Código Postal
 Teléfono #1
 Teléfono #2

Grado Escolar 2008 al 2009
 Próximo Año 2009 al 2010
 Género
 Raza
 Educ. Esp.

Fecha de Nacimiento (mes / día / año)
 Número de Identif.

Nota: Este formulario es válido sólo para esta dirección.

Nombre del Padre o Tutor *(Favor de Imprimir)*

Firma del Padre o Tutor

Escuela de su Área de Residencia

Escuela Actualmente Atendida

Escuela Solicitada

Describe brevemente la necesidad de esta Solicitud de Transferencia

Favor de Notar:

- * El transporte no se proporciona. El padre es responsable de transportar al estudiante .
- * Si solicita una transferencia debido al cuidado infantil, deberá completar la sección de verificación en la parte atrás de esta forma.
- * Se requiere reapplicar cuando hay: Cambio de Residencia o Cambio de Nivel Educativo.
(Es decir: Cambiar por la escuela Primaria a la Intermedia a la Secundaria)
- * Todos los estudiantes que asisten a escuelas fuera de su área de residencia, son invitados en las escuelas de transferencia. Se espera que los estudiantes mantengan calificaciones adecuadas, comportamiento apropiado, y buena asistencia, o la transferencia puede ser revocada.
- * Falsa información en este documento anulará la solicitud de transferencia .

Para Uso Administrativo Solamente / Office Use:

Executive Director

Date:

Approved	
Denied	
Parent Notified:	
Date Notified:	
Schools Notified:	

Type of Transfer Granted: *Transfer Guidelines, Balanced Enrolment, Administrative Assignment, No Child Left Behind, High School Choice, Chapter XI Individual Choice Option.*

Forma de Verificación de Cuidado Infantil

Child Care Verification Form

Nombre del Proveedor
de Cuidado:

Dirección:

Número de Teléfono :

Firma de proveedor:

