



SOLICITUD DE TRANSFERENCIA INTER-DISTRITO
DISTRITO ESCOLAR DE LA COMUNIDAD DE LEBANON #9
485 S. 5TH ST., LEBANON, OR 97355

ORS 339.133(3)
Póliza JECB-AR
 Revisado: 9/5/00, 3/26/14

Año Escolar: _____

Transferido De: _____ Distrito Residente Escolar _____

Transferido A: _____ Distrito Receptor Escolar _____

Padre/Tutor: _____

Dirección de Residencia: _____

Teléfono: (Trabajo) _____ (Casa) _____ E-mail: _____

| Nombre(s) de Estudiante(s) | FECHA DE NACIMIENTO | GRADO |
|----------------------------|---------------------|-------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |

Esta el estudiante(s) expulsado de cualquier distrito escolar? _____

Motivo de la solicitud: _____

Condiciones: Entiendo que el Distrito Escolar de la Comunidad de Lebanon #9 se reserva el derecho de revocar de inmediato el permiso para que un estudiante transferido entre distritos asista a escuelas del distrito cuya asistencia o conducta no cumple con los criterios establecidos en la Norma de la Mesa Directiva JECB y la Regla Administrativa JECB-AR.

- Las solicitudes de transferencias entre distritos, una vez aprobadas, permanecen validas hasta la graduación de la escuela secundaria.
- El padre/tutor será responsable del transporte hacia y desde la escuela.
- Una transferencia aprobada no garantiza la inscripción en una escuela en particular. Los estudiantes que deseen transferirse entre las escuelas del distrito, deben seguir los procedimientos de transferencia en el distrito.
- El distrito que envía liberara fondos básicos estatales al distrito receptor para el año escolar actual.

Por Favor Note Estudiantes de Secundaria: La transferencias entre distritos pueden afectar la elegibilidad de las actividades interescolares que se rigen por la OSAA. Los estudiantes y los padres deben investigar estas regulaciones cuidadosamente al transferir

Acepto las condiciones anteriores y entiendo que es necesario y requerido que yo asuma toda la responsabilidad del transporte.

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

| RESIDENTE DEL DISTRITO | DISTRITO RECEPTOR |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Negado | <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Negado |
| Firma de Superintendente/Designado (Residente del Distrito) Fecha _____ | Firma de Superintendente/Designado (Distrito Receptor) Fecha _____ |
| Razones para la Aprobación/Denegación: _____ | Razones para la Aprobación/Denegación: _____ |
| Condiciones Adicionales: _____ | Condiciones Adicionales: _____ |

SOLO PARA USO DEL DISTRITO RESIDENTE

Fecha de recepción en la Oficina del Distrito _____ Fecha en que se envió al distrito receptor _____