

# 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 2010 al 2011   
 Próximo Año 2011 al 2012   
 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 Enrollment, 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:

