

Davenport Community School District
Forma de Transferencia Opcional- Favor de llenar una forma por cada estudiante

Fecha		2016-17
-------	--	---------

Apellido(s) de Estudiante		Nombre de Estudiante		Numero de Identificacion del Estudiante	
Domicilio		Grado Escolar		Fecha de Nacimiento	
Cuidad/Código Postal		Hombre/Mujer			
Teléfono #1		Raza			
Teléfono #2		Educación Especial			
Correo Electrónico		ESL			

Nombre de Padre/Tutor		Firma de Padre/Tutor	
-----------------------	--	----------------------	--

Escuela en su Área de Residencia		Escuela Actualmente Atendida		Escuela Solicitada	
----------------------------------	--	------------------------------	--	--------------------	--

Describe brevemente la necesidad de esta Solicitud de Transferencia:

Favor de Notar:

** Todas la cuotas de los estudiantes de la escuela secundaria deben ser pagados para que la opción de transferencia sea considerado.
 ** El transporte no se proporciona. El padre/tutor es responsable de transportar al estudiante.
 ** Un estudiante concedido la transferencia puede ser inelegible para la competencia del equipo universitario hasta por 90 días, por el Código de Iowa 281-36.15
 ** Se requiere reaplicar cuando hay cambio de residencia.
 ** Falsa información en este documento anulará la solicitud de transferencia.

Office Use:

Executive Director

Date

Fees Paid yes no

Approved:	
Denied:	
Parent Notified:	
School Notified:	