

Clave:
 W – blanco
 NA – indio americano
 B – negro
 H – hispano
 A – asiático
 ESL – Inglés como 2^{ndo} Idioma

AVISO: Por favor, devuelva a su escuela, o envíe por correo a:

Mary Jo Salem
 1221 Pierce Street
 Sioux City, IA 51105

Distrito Escolar de la Comunidad de Sioux City

**Petición para un Traslado
 2007-2008**

Fecha _____

Yo, _____ padre/guardián de:

	GRADO (2007-2008) ()	M F	W NA B H A	Sí No	Sí No
Nombre del Estudiante		Sexo	Raza (Marque uno)	ESL	incapacidad

	GRADO (2007-2008) ()	M F	W NA B H A	Sí No	Sí No
Nombre del Estudiante		Sexo	Raza (Marque uno)	ESL	incapacidad

	GRADO (2007-2008) ()	M F	W NA B H A	Sí No	Sí No
Nombre del Estudiante		Sexo	Raza (Marque uno)	ESL	incapacidad

	GRADO (2007-2008) ()	M F	W NA B H A	Sí No	Sí No
Nombre del Estudiante		Sexo	Raza (Marque uno)	ESL	incapacidad

Pido un traslado del edificio de _____ al edificio de _____
 (la escuela que le toca ir según donde vive)

_____ para el año escolar **2007-2008**.
 [la escuela a la cuál desea que su(s) niño(s) asista(n)]

El permiso para un traslado solamente puede ser dado si hay cupo en el edificio a lo cuál está haciendo la petición.

Una vez que sea aprobado, el estudiante permanecerá en el centro de asistencia para todos los grados que son ofrecidos en la escuela.

La razón que pido este traslado es por lo siguiente: _____

*Use el otro lado de este formulario si es necesario

**Si la petición es por razones de cuidado de niños, por favor complete el otro lado del formulario

 Firma de padre/guardián

 Dirección (calle)

Sioux City, Iowa _____
 Código Postal

 Número Telefónico

Uso de la Oficina Solamente:

** Nombre de la persona que cuida a los niños: _____

Dirección de la persona que cuida a los niños: _____

Número Telefónico de la persona que cuida a los niños: _____

* Información Adicional: