CONEJO VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT

SOLICITUD DE TRASLADO DE EXPEDIENTES ESTUDIANTILES

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

De conformidad con las leyes federales y estatales, el Distrito Escolar Unificado de Conejo Valley solicitará todos los registros de salud, académicos y psicológicos de la escuela a la que asistió anteriormente su alumno(a).

Por favor indique a continuación el nombre y la dirección de la última escuela de asistencia de su hijo(a):

ESCUELA: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____

ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

FAX: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

Circule el grado(s) que ha asistido su hijo: K 1 2 3 4 5

6 7 8 9 10 11 12

Por la presente se le notifica que los padres / tutores legales y/o estudiantes de 16 años o más tienen el derecho de revisar los registros del alumno cuando dichos registros sean recibidos. Por favor firme a continuación, indicando que usted ha sido notificado de su derecho de revisar los registros del estudiante y regrese este formulario con el paquete de inscripción completado.

Firma:_____ Fecha: _____
Estudiante: si el estudiante tiene 16 años o más

Firma:_____ Fecha: _____
Padre/Tutor Legal

POR FAVOR ENVÍE LOS REGISTROS A:

(Sello de la Escuela)