



612 Schlador Street • Silverton, OR 97381 • Teléfono: (503) 873-5303 • Fax: (503) 873-2936
Correo electrónico: Transfers@silverfalls.k12.or.us

SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DE RESIDENTES EN EL DISTRITO

Fecha: _____ Año escolar para solicitud inicial: _____

SFSD Escuela residente: _____ Escuela Solicitada SFSD: _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido Legal: _____ Nombre Legal: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Fecha de nacimiento: _____ Grado escolar: _____ Grado para el año solicitado: _____

Hermano/a (s) matriculado(s) en la escuela solicitada: Si No

Motivo de la solicitud de transferencia:

INFORMACIÓN PARA PADRES

Nombre del padre/tutor: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono principal: _____ Correo electrónico: _____

Entiendo que es necesario y requerido para mí asumir toda la responsabilidad del transporte. También entiendo que este acuerdo puede ser revocado en cualquier momento debido a la asistencia, el comportamiento o la falta de esfuerzo académico. Además, entiendo que para que esta transferencia dentro del distrito continúe, debe haber una relación positiva continua entre los padres/tutores y la escuela que mejore la probabilidad de éxito para los estudiantes transferidos en la escuela y los maestros.

Iniciales: _____

Firma del padre/tutor _____ Fecha: _____

For Silver Falls SD Use Only:

Final Action: Approved Denied - Reason _____

Superintendent/Designee: _____ Date: _____

Por favor envíe un correo electrónico, correo postal o entregue el formulario completo:

**Transfers@silverfalls.k12.or.us
612 Schlador St. Silverton, OR 97381**