

Fresno Unified School District  
 TRANSFERS DEPARTMENT  
 2011 Fresno St., Fresno, CA 93721  
 TransfersDepartment@FresnoUnified.org  
 (559) 248-7538 – FAX: (559) 248-7481

# Petición de Transferencia Inter-Distrito

Año Escolar Solicitado: 2024 al 2025

NUEVA                       RENOVAR

PETICION DE TRANSFERENCIA DE           DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE FRESNO           **A**

Distrito de Residencia
Distrito de Asistencia Solicitado

Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento	Género	Grado Solicitado	Educación Especial	Escuela de Residencia	Escuela Solicitada
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No Genero		<input type="checkbox"/> Lenguaje <input type="checkbox"/> RSP <input type="checkbox"/> SDC		

**TERMINOS Y CONDICIONES DE APROBACION: Esta transferencia requiere verificación anual**

***ENLISTAR A TODOS LOS HERMANOS menores de 18 que actualmente asisten a la escuela y que viven en el mismo hogar/dirección:***

Nombre de hermano/a	ID#	Fecha de Nacimiento	Escuela Actual	Nombre de hermano/a	ID#	Fecha de Nacimiento	Escuela Actual
1.	/			3.	/		
2.	/			4.	/		

Dirección Actual:	Ciudad	Estado	Código Postal
		CA	
Dirección Anterior:	Ciudad	Estado	Código Postal
		CA	

**INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR:**  Madre  Padre  Tutor

**MI FIRMA EN LA PARTE DE ABAJO INDICA QUE COMPRENDO QUE AL ENVIARLO Y RECIBIRLO EL DISTRITO PUEDE SOLICITAR LOS REGISTROS DEL ESTUDIANTE ANTES DE QUE ESTA TRANSFERENCIA SEA PROCESADA** Yo testifico que esta información es verdadera y soy el padre/madre o tutor legal de este estudiante.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Nombre Imprimido: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY**

**DISTRICT OF RESIDENCE:** **Fresno Unified**                       Request Approved                       Request Denied

---

**Administrator Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Terms/Reason (EC46600, AR5117)**     Change of legal address     Childcare     Continuing Education     Senior Privilege     Siblings  
 Other: \_\_\_\_\_

---

**REQUESTED DISTRICT**                       Request Approved                       Request Denied

---

**Administrator Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Notes/Terms** \_\_\_\_\_

**\*\*PLEASE NOTE: THE FUSD TRANSFERS DEPARTMENT WILL NOT BE RESPONSIBLE FOR FAXES NOT RECEIVED\*\***

Enrollment:	Grade:	FAX/Email/Scan Date:	Other Notes:
FUSD Note:	Date:	Outcome:	



Fresno Unified  
School District

*Achieving our Greatest Potential!*

Por favor describa la razón de esta solicitud de transferencia e incluya los detalles.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela Actual: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

RAZON:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---