

Renewal: ☐ Yes ☐ No
School Year: **2024-2025**



COVINA-VALLEY
UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Board of Education

Maria E. Cruz
Sue L. Maulucci
Maria M. Caceres

Rachael Robles
Simon Wright

District Superintendent

Elizabeth Eminhizer, Ed.D.

INTERDISTRICT TRANSFER REQUEST ☐ **Incoming** ☐ **Release**

Name of Student _____ M/F/N ____ Age ____ Grade ____ Birthdate _____
(Last name) (First name)

Name of Parent(s)/Guardian(s) _____

Home Address _____
(Street) (Apt. #) (City) (Zip Code)

Phone #: ☐ Home ☐ Work ☐ Cell () Phone # ☐ Home ☐ Work ☐ Cell ()

Email _____ Email _____

District of Residence _____ Home School _____

School Currently Attending _____

Requested District _____ Requested School _____

CURRENTLY ENROLLED IN SPECIAL PROGRAMS:

- ☐ Special Education (RSP, SDC, SAI) **Please attach IEP** ☐ Adapted Physical Education (APE) ☐ Section 504 Plan
☐ Gifted and Talented Education (GATE) ☐ English Language Learner (EL) ☐ Language/Speech Program
☐ Specialized Physical Health Care ☐ Other:

REASON FOR REQUEST

(Documentation must be attached to all Inter-district requests)

Parent/Guardian Agreement: I understand that **satisfactory behavior, attendance, and grades are required** (incoming only). If, in the opinion of the site administrator, the student's performance in these areas falls below acceptable standards, the student will be returned to the district of residency. Transportation is the parent's responsibility. Inter-district permits may be denied or revoked if false information is submitted or if any other reasons exist as determined by Education Code or District policy. No financial obligation shall be incurred by the district of residence (for releases). **Transfers may affect a student's eligibility for extra-curricular programs.** I certify that the above information is true and correct. I also certify that I will be available to school personnel as necessary for emergencies, discipline problems, and parent conferences. **Enrollment will need to take place within 30 days of an approved incoming permit.**

I HAVE READ AND UNDERSTAND THE ABOVE CONDITIONS

Parent/Guardian Signature: _____ Print: _____ Date: _____

ACTION BY COVINA-VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT

☐ **APPROVED** ☐ **DENIED**

Terms/Reasons: _____

District Administrator Signature: _____ Date _____

ACTION BY REQUESTED DISTRICT (FOR RELEASES ONLY)

☐ **APPROVED** ☐ **DENIED**

Terms/Reasons: _____

Authorized Signature _____ Title _____ Date _____

DISTRIBUTION: Accepting/Releasing School/District - Parent

Please refer to Board Policy 5117 and Administrative Regulation 5117 for specific information regarding inter-district transfer requests, which can be found by visiting our website at www.c-vusd.org

Revised: 4/2019, 9/2019, 1/2022, 8/2022, 1/2023, 1/2024

Renovación: ☐ Sí ☐ No

Año escolar: 2024-2025



COVINA-VALLEY
UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Board of Education

Maria E. Cruz
Sue L. Maulucci
Maria M. Caceres

Rachael Robles
Simon Wright

District Superintendent

Elizabeth Eminhizer, Ed.D.

PETICIÓN DE TRANSFERENCIA INTERDISTRITAL ☐ Ingreso ☐ Salida

Nombre del estudiante _____ M/F/N ____ Edad ____ Grado ____ Fec. de Nac. ____
(Apellido) (Primer nombre)

Nombre de los padres/tutores legales _____

Domicilio _____
(Calle) (# de dept.) (Ciudad) (Código postal)

de tel.: ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular (____) # de tel.: ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular (____)

Correo electrónico _____ Correo electrónico _____

Distrito de Domicilio _____ Escuela de Domicilio _____

Escuela a la que actualmente asiste _____

Distrito solicitado _____ Escuela solicitada _____

ACTUALMENTE MATRICULADO(A) EN PROGRAMAS ESPECIALES:

- ☐ Educación Especial (RSP, SDC, SAI) **Por favor adjuntar IEP** ☐ Educación Física Adaptada (APE) ☐ Plan de la Sección 504
☐ Educación de estudiantes talentosos y dotados (GATE) ☐ Aprendiz del idioma inglés (EL) ☐ Programa de Habla/Lenguaje
☐ Cuidado Especializado Para La Salud Física ☐ Otro: _____

RAZÓN POR LA PETICIÓN

(La documentación se debe adjuntar a todas las peticiones interdistritales)

Acuerdo de los padres/tutores legales: Entiendo que se requieren conducta, asistencia y calificaciones satisfactorias (solamente para los que ingresan). Si en la opinión del Administrador de la Escuela, el rendimiento del estudiante en estas áreas está por debajo de las normas aceptables, el estudiante será retornado a su distrito de domicilio. El transporte es responsabilidad de los padres. Los permisos interdistritales pueden ser denegados o revocados si se presenta información falsa o si existe alguna otra razón tal y como estipula el Código de Educación o la política del Distrito. El distrito de domicilio (para los que tienen autorización para irse) no incurrirá ninguna obligación financiera. **Las transferencias pueden afectar la elegibilidad de un estudiante para programas extracurriculares.** Certifico que la información antedicha es verdadera y correcta. También certifico que estaré disponible para el personal de la escuela según sea necesario en casos de emergencias, problemas disciplinarios y conferencias para padres. **La matriculación se deberá hacer dentro de los 30 días de la aprobación del permiso de ingreso.**

HE LEÍDO Y ENTIENDO LAS CONDICIONES ANTEDICHAS

Firma del padre o tutor legal: _____ Nombre en letra imprenta: _____ Fecha: _____

ACCIÓN DEL DISTRITO SOLICITADO (PARA LOS QUE TIENEN AUTORIZACIÓN DE SALIDA SOLAMENTE)

☐ APROBADO ☐ DENEGADO

Términos/Razones: _____

Firma autorizada _____ Título _____ Fecha _____

ACCIÓN DEL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE COVINA-VALLEY

☐ APROBADO ☐ DENEGADO

Términos/Razones: _____

Firma del administrador del Distrito: _____ Fecha _____

DISTRIBUCIÓN: Escuela/distrito que acepta el ingreso o autoriza la salida - Padres

Por favor consulte la Política 5117 de la Junta y el Reglamento Administrativo 5117 para obtener información específica pertinente a las peticiones de transferencias interdistritales, que puede encontrar en nuestro sitio web www.c-vusd.org.