



DISTRITO ESCOLAR DE VAN BUREN

Van Buren, Arkansas

1.31F2 - FORMULARIO PARA EXCEPCION DEL AREA DE ASISTENCIA

Fecha: * _____

* _____
Nombre del Estudiante (Escriba Claramente)

* _____
Nombre del Padre de Familia o Guardián (Escriba claramente)

Dirección: * _____ Ciudad: * _____ Código postal: * _____
(Escriba Claramente)

Teléfono: * _____ Grado Actual: * _____

Atención: las excepciones del área se harán por un (1) año escolar, y deben ser presentadas anualmente.

Seleccione uno de los años escolares de siguientes: Para el año escolar en curso _____
 Para el próximo año escolar _____

De * _____ a la escuela * _____

Las decisiones de la colocación final para el próximo año escolar serán tomadas entre el primer (1er) y el quinto (5^{to}) día del término de otoño.

Razones por las cuales quiere el cambio de área: * **Por favor utilice únicamente estas líneas para explicar.**

Yo, con mi firma, juro y afirmo que toda la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que si doy información errónea, engañosa o falsa, esto puede constituir fraude y puedo ser procesado/a.

* _____
Firma del Padre de Familia

State of Arkansas County of _____

Subscribed and sworn to me this _____ day of _____ 20 _____.

* _____
Notary Public
My commission expires _____.

* **All entries highlighted must be completed in a readable form and this form must be accompanied by a form completed in English before approval will be considered.**

Approved by:	Site Principal _____	Date _____
	Assistant Superintendent of Schools _____	Date _____
	Superintendent of Schools _____	Date _____