

GOLETA UNION SCHOOL DISTRICT

Interdistrict Transfer Release Form (TK-6) / Solicitud de Liberación de Transferencia Entre Distritos (TK-6)

(Transfer from GUSD to Another School District / Transferencia de GUSD a otro Distrito Escolar)

Return form to GUSD-Pupil Services at 401 N. Fairview Ave., Goleta, CA 93117 / Devuelva el formulario a GUSD-Servicios Estudiantiles en 401 N. Fairview Ave., Goleta, CA 93117

Demographic Information / Información Demográfica			
School Year / Año Escolar ☐ Current Year / Año Actual (20____ - 20____) ☐ Future Year / Año Proximo (20____ - 20____)		Grade Requested / Grado solicitado	Date of Request / Fecha de solicitud
Student Name (Last, First) / Nombre del Estudiante (Apellido, Primer Nombre)	Birth Date / Fecha de nacimiento	Gender / Género	
Street Address / Dirección de calle	City / Ciudad	Zip Code / Código postal	
GUSD School of Residence / Escuela de residencia de GUSD	District and School Requested / Distrito y Escuela solicitados		
Parent/Guardian Name / Nombre de Padre/Madre/Tutor	Phone / Teléfono	Email / Correo electrónico	

Reason for Request to be Released by GUSD (check all that apply) / Razón por la que solicita ser liberado por GUSD (marque todas las que aplique)
☐ Parent/Guardian is an Employee of the District/School requested. / El Padre/la Madre/Tutor es un empleado del Distrito/Escuela solicitados.
☐ Complete elementary school at the District/School requested. / Completar la primaria en el Distrito/Escuela solicitados.
☐ Proposed change to District of Residence upcoming. / Propuesta de cambio de Distrito de Residencia próxima. • Date of anticipated move / Fecha prevista de mudanza: _____
☐ Other/ Otra: _____

Terms and Conditions of Interdistrict Transfer Release / Términos y Condiciones de la autorización de traslado entre distritos	
I, the parent/guardian, have read and understand the regulations and policies governing Interdistrict Transfers and hereby submit my application. I declare under penalty of perjury that the information provided above is true and accurate. I understand that the information provided is subject to verification and that this form must be completed annually. I also understand that the final decision is made by the district that I am requesting to attend and not by GUSD.	Yo, el padre/tutor, he leído y entiendo los reglamentos y políticas que rigen las Transferencias entre Distritos y por la presente presento mi solicitud. Declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada anteriormente es verdadera y exacta. Entiendo que la información proporcionada está sujeta a verificación y que este formulario debe completarse anualmente. También entiendo que la decisión final es hecha por el distrito que estoy solicitando asistir y no por GUSD.
Parent/Guardian Signature / Firma del Padre/Madre/Tutor	Date / Fecha

FOR GUSD PUPIL SERVICES OFFICE USE ONLY / PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE SERVICIOS ESTUDIANTILES DE GUSD	
☐ Granted / Concedida ☐ Denied / Denegada • See attached letter for additional information. / Para más información, consulte la carta adjunta.	Date Received Stamp/ Sello de fecha de recepción
Signature of GUSD Assistant Superintendent of Pupil Services / Firma de Asistente de la Superintendente de Servicios Estudiantiles de GUSD	
Date / Fecha	

District Requested	
☐ Granted / Concedida ☐ Denied / Denegada	
Signature of District of Attendance/ Firma del Distrito de Asistencia:	
Date/ Fecha	