



**Escuelas Públicas de Grand Rapids
Forma de Opciones de Aprendizaje
(Escuela Southeast Career Pathways)
LLENAR TODOS LOS ESPACIOS**

¡POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA LEGIBLE!

¡POR FAVOR INCLUYA UNA COPIA DEL REPORTE DE CALIFICACIONES CUANDO ENTREGUE ESTA SOLICITUD!

SECCION DE INFORMACION PERSONAL:		FECHA: _____
APELLIDO _____	PRIMER NOMBRE: _____	
EDAD _____	FECHA DE NACIMIENTO _____	MASCULINO ___ FEMENINO ___
DIRECCION ACTUAL/LEGAL _____		
CIUDAD _____	MICHIGAN	CODIGO POSTAL _____
NUMERO DE TELEFONO _____	ESTE # ES: CASA ___	CELULAR ___ TRABAJO ___ OTRO ___
CORREO ELECTRONICO: _____		

INFORMACION DE LA ESCUELA: [POR FAVOR ESCRIBA INFORMACION DE LA ÚLTIMA ESCUELA QUE ASISTIO]			
ULTIMA ESCUELA QUE ASISTIO/INSCRIBIO _____	ULTIMO DIA QUE ASISTIO _____		
DIRECCION _____	CIUDAD _____	ESTADO _____	CP _____
RAZON DE SU SALIDA _____	NOMBRE DEL DIRECTOR _____		
¿EL ESTUDIANTE RECIBE SERVICIOS DE EDUCACION ESPECIAL?	SI _____	NO _____	

NOMRE DEL PADRE/TUTOR _____	RELACION: _____	
DIRECCION DEL PADRE/TUTOR _____		
CIUDAD DEL PADRE/TUTOR _____	MICHIGAN	CODIGO POSTAL _____
TELEFONO DEL PADRE/TUTOR _____	ESTE NUMERO ES DE: CASA- CELULAR-OTRO (MARQUE UNO)	
CORREO ELECTRONICO DEL PADRE/TUTOR _____		

PARA QUE MI ESTUDIANTE PUEDA REGRESAR A SU ESCUELA DE BASE, ENTIENDO QUE EL/ELLA DEBE MOSTRAR PROGRESO ACADEMICO EN EL PROGRAMA DE OPCIONES DE APRENDIZAJE QUE SE LE ASIGNE. LAS TRANSFERENCIAS DE REGRESO A LAS ESCUELAS BASES SERAN CONSIDERADAS AL FINAL DE CADA SEMESTRE DEL PROGRAMA DE OPCIONES DE APRENDIZAJE DONDE ESTE INSCRITO EL ESTUDIANTE.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____ **FECHA: _____**

ENVIE ESTA APLICACION COMPLETA JUNTO CON EL REPORTE DE CALIFICACIONES

POR CORREO/FAX
Grand Rapids Public Schools
Student Services Department
1331 Franklin St SE
Grand Rapids, MI 49506
FAX (616) 819-2017

EN PERSONA
Grand Rapids Public Schools
Student Services Department
1331 Franklin St SE
Grand Rapids, MI 49506

-VEA LA SIGUIENTE PÁGINA-



**Escuelas Públicas de Grand Rapids
Forma de Opciones de Aprendizaje
(Escuela Southeast Career Pathways)
LLENAR TODOS LOS ESPACIOS**

RAZON POR LA CUAL ESTA SOLICITANDO PARA EL PROGRAMA DE OPCIONES DE APRENDIZAJE:

MARQUE TODAS LAS RAZONES QUE APLIQUEN:

_____ ASISTENCIA _____ CALIFICACIONES _____ COMPORTAMIENTO _____ OTRAS

¿CUANTAS VECES FUE SUSPENDIDO EN SU ESCUELA ANTERIOR? _____

¿CUAL(ES) FUE(ON) LA(S) RAZON(ES) DE SU SUSPENSION(ES)?

¿PARTICIPA EN ALGUNA AGENCIA COMUNITARIA? SI _____ NO _____

DE SER ASI, POR FAVOR INDIQUE CON CUAL(ES):

_____ OFICIAL DE LIBERTAD CONDICIONAL NOMBRE: _____ TELEFONO: _____

_____ OFICIAL DE PROBATORIA NOMBRE: _____ TELEFONO: _____

_____ TRABAJADOR(A) SOCIAL NOMBRE: _____ TELEFONO: _____

_____ CONSEJERO (A) NOMBRE: _____ TELEFONO: _____

¿COMO PUEDE EL PROGRAMA DE EDUCACION ALTERNA SATISFACER SUS NECESIDADES?

SOLAMENTE PARA USO OFICIAL

STUDENT NUMBER: _____

INFORMATION BEING FORWARDED:

_____ STUDENT REFERRAL FORM
_____ DOCUMENTAION OF (3) INTERVENTIONS BY
BUILDING LEVEL STUDENT STUDY TEAM
_____ CREDIT AUDIT

SENDING DATE: _____

COUNSELOR NAME: _____

SIGNATURE: _____

SPECIAL EDUCATION STAFF: _____

SIGNATURE: _____

STUDENT SERVICES RECEIVE DATE: _____

REVIEWED BY: _____

SIGNATURE: _____

PLACEMENT:

GRANTED TO: _____

EFFECTIVE DATE:

_____ 1ST SEMESTER _____ 2ND SEMESTER

DENY TO: _____

REASON: _____