

VISTA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Student Support Services
1234 Arcadia Avenue
Vista, CA 92084

**Instrucción en Casa/Hospital
APLICACIÓN PARA INSTRUCCIÓN EN CASA**

Fecha: _____

Escuela: _____

Grado: _____

Nombre del Alumno _____ Fecha de Nacimiento _____ M / F

Padres _____ Teléfono Casa _____

Dirección _____
Nombre de la calle (dirección) ciudad zona postal

Teléfono Trabajo/Celular (M) _____ Teléfono Trabajo/Celular (F) _____

Dirección del alumno (si es diferente): _____

*Favor de dibujar un mapa de la ubicación de la enseñanza en casa al reverso de la solicitud

Razón por la cual no va a asistir a la escuela regular _____

El alumno está en un estado contagioso o transmisible? (Escoja uno) Sí / No Sí escogió si por favor adjunte el protocolo

Tiempo probable que va a estar ausente de la escuela regular _____

Nombre del Doctor _____ Teléfono _____

Dirección de la Oficina del Doctor _____

Última escuela a la que asistió _____ Fecha _____ Grado _____

Ésta colocación es por medio del Equipo del IEP? (Escoja uno) Si / No

La persona que está aplicando ha recibido instrucción en casa antes? (Escoja uno) Sí / No

Cuando _____

Cuanto Tiempo? _____ De Quien? _____

Firma del Padre o Madre

=====
Notas:
