



Verificación de empleo y reasignación del estudiante debido a dificultades con la supervisión por parte de los padres

PADRES O TUTORES: Devuelvan este formulario al El Departamento de Programas de Especialización y Carreras Vocacionales para que la solicitud de reasignación del estudiante pueda ser tramitada.

EMPLEADOR: Para mantener la integridad de las escuelas públicas del condado de Palm Beach nos es necesario examinar cuidadosamente todas las solicitudes de reasignación de los estudiantes de una escuela a otra para determinar su autenticidad. Les pedimos su colaboración, proporcionado la siguiente información.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (apellido, nombre, segundo nombre)		PASÓ AL GRADO	
DIRECCIÓN DE UNO DE LOS PADRES (calle, número del apto., ciudad, estado, código postal)			
TELÉFONO DE UNO DE LOS PADRES () -	ESTADO CIVIL DE LOS PADRES <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a)	CANTIDAD DE NIÑOS EN LA FAMILIA	EDAD DE LOS NIÑOS

INFORMACIÓN DEL TRABAJO - MADRE

NOMBRE DE LA MADRE (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		HORARIO DE TRABAJO	
VARIACIÓN EN EL HORARIO REGULAR DE TRABAJO *		FRECUENCIA DE ESTA VARIACIÓN	
LUGAR DE TRABAJO		TELÉFONO DEL TRABAJO () -	
DIRECCIÓN DEL TRABAJO (calle, número del apto., ciudad, estado, código postal)			

* Especifique a que hora entra más temprano y a que hora sale más tarde de su trabajo cuando éste se lo requiere

Por este medio confirmamos que la persona mencionada anteriormente es nuestra empleada y trabaja en el horario indicado

NOMBRE DEL(DE LA) SUPERVISOR(A) EN LETRA DE MOLDE

CARGO

FIRMA DEL SUPERVISOR

FECHA

INFORMACIÓN DEL TRABAJO - PADRE

NOMBRE DEL PADRE (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		HORARIO DE TRABAJO	
VARIACIÓN EN EL HORARIO REGULAR DE TRABAJO *		FRECUENCIA DE ESTA VARIACIÓN	
LUGAR DE TRABAJO		TELÉFONO DEL TRABAJO () -	
DIRECCIÓN DEL TRABAJO (calle, número del apto., ciudad, estado, código postal)			

* Especifique a que hora entra más temprano y a que hora sale más tarde de su trabajo cuando éste se lo requiere

Por este medio confirmamos que la persona mencionada anteriormente es nuestro empleado y trabaja en el horario indicado

NOMBRE DEL SUPERVISOR EN LETRA DE MOLDE

CARGO

FIRMA DEL SUPERVISOR

FECHA

ARREGLOS PARA EL CUIDADO DEL MENOR

NOMBRE DE LA NIÑERA O DEL CENTRO DE CUIDADO INFANTIL		TELÉFONO () -	
DIRECCIÓN (calle, número del apto., ciudad, estado, código postal)			
INDIQUE LA CANTIDAD DE HORAS QUE EL ESTUDIANTE PASA BAJO EL CUIDADO DE OTRAS PERSONAS			