

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE CAPISTRANO
SAN JUAN CAPISTRANO, CALIFORNIA

FORMULARIO DE SOLICITUD DE TRANSCRIPCIÓN

El Distrito Escolar Unificado de Capistrano asiste a los alumnos y a los ex alumnos con educación post-secundaria y metas profesionales proporcionando transcripciones.

Para solicitar una transcripción, favor de completar el formulario a continuación.

Número total de transcripciones solicitadas _____

Nombre del alumno _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre de soltera (si procede) _____

Dirección Actual _____

Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____ No. de Tel () _____

Año de Graduación _____ Escuela _____ (Si no graduó) Ultimo Año que fue a la escuela _____

Favor de enviar la transcripción a:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Doy permiso para que el Distrito Escolar Unificado de Capistrano entregue mis transcripciones a mí o a los individuos u organizaciones arriba mencionados.

Firma _____

(Firma del Padre/Alumno (se solicita la firma del alumno de 18 años o mayor))

Fecha _____

Firma de oficial de la escuela _____