



Santa Ana Unified School District
Support Services
REQUEST FOR RECORDS

For Office Use Only:
Date Called & Initials:
Date picked up:
Initials:

Today's Date:

STUDENT NAME: LAST (Maiden) Name, First Name, Middle Name Birthdate:

Has the student above attended schools in our district? Yes No

Current or last school attended Student ID # (if known):

Parents' Name: Your Email Address:

REASON FOR REQUEST: IMMUNIZATION IMMIGRATION GRADES/TRANSCRIPTS
(For Adult Ed., College/University)
Other:

Did student transfer to another district? Yes No

Is this your first time requesting records for this student? Yes No

Schools attended within Santa Ana Unified School District:

Table with 4 columns: School Name, Year / Grade, Year Graduated, Year / Grade Dropped

I swear or affirm under penalty of perjury that I am the authorized person to request and receive the records for the above named person.

Signature: Relationship:

Mailing address: Number Street City State Zip Code

Home phone Cell Phone Work Phone

Records are to be: PICKED UP by me MAILED to the address provided PICKED UP by someone else

If you authorize someone else to pick up records, provide us with his/her full name:

The authorized person picking up records must present a photo ID.



**Distrito Escolar Unificado de Santa Ana**  
**Servicios de Apoyo**  
**SOLICITUD DE EXPEDIENTES ESCOLARES**

**For Office Use Only:**  
 Date Called & Initials: \_\_\_\_\_  
 Date picked up: \_\_\_\_\_  
 Initials: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**Nombre del Alumno:** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ **Fecha de Nac:** \_\_\_\_\_  
*Use Letra de Imprenta      Apellido (de soltera)      Primer Nombre      Segundo Nombre*

¿Ha asistido el alumno a alguna escuela de nuestro distrito?  Sí  No

Escuela actual o última a la que asistió: \_\_\_\_\_ N° de ID (Si lo sabe): \_\_\_\_\_

**Nombre de los padres:** \_\_\_\_\_ **Tu Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

**RAZÓN DE LA SOLICITUD:**  VACUNAS       INMIGRACIÓN       GRADOS/CALIFICACIONES  
 (Para: Educación para Adultos., Colegio/Universidad)

Otro: \_\_\_\_\_

¿Se trasladó el alumno a otro distrito?  Sí  No

¿Es esta la primera vez que solicita documentos escolares para este alumno?  Sí  No

Escuelas a la que asistió dentro de nuestro distrito:

<b>Nombre de la escuela</b> <i>(Comience con la escuela más reciente a la que asistió)</i>	<b>Año / Grado</b>	<b>Año de graduación</b> <i>(Si aplica)</i>	<b>Año / Grado</b> que fue dado de baja

**Juro o afirmo, bajo pena de perjurio, que soy la persona autorizada para solicitar y recibir los documentos escolares de la persona antes mencionada.**

Firma: \_\_\_\_\_ Parentesco con el alumno: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
 Número      Calle      Ciudad      Estado      Código Postal

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_

**Los documentos serán:**  Recogidos por mi       Enviados a la dirección provista       Recogidos por otra persona

Si autoriza a otra persona para que recoja los documentos, escriba el nombre completo: \_\_\_\_\_

Las persona autorizada para recoger los documentos debe presentar una identificación con foto.