



Santa Ana Unified School District
Pupil Support Services
REQUEST FOR RECORDS

For Office Use Only:
Date Called
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:

REASON FOR REQUEST: IMMUNIZATION IMMIGRATION 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 (If applies), 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 al Alumno
SOLICITUD DE EXPEDIENTES ESCOLARES

For Office Use Only:

Date Called _____

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: _____

RAZÓN DE LA SOLICITUD: VACUNAS INMIGRACIÓN EXPEDIENTES ACADÉMICOS (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:

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