

Student Health and Human Services
ATTENDANCE POLICY AND PROCEDURES MANUAL

APPENDIX L-2a

Absence Verification Form

Dear Parent/Guardian:

It is very important to your child's learning that he/she is in school everyday and on time.

Thank you for taking the time to complete this form which will assist in proper attendance accounting and verification of all absences as required by California State Law and California Education Code.

Yours Truly,

LAUSD Superintendent of Schools

Student Name	Grade	Track	Class or Homeroom
Address	City		Zip Code
Home Phone	Cell Phone		Work Phone
My Child was absent for	days	From	To
		Date	Date
REASON FOR ABSENCE: (Please check one)			
☐	Illness (specify illness) _____		
☐	Medical, Dental, Counseling or Optometry Appointment		
☐	Funeral of Relative (Parent/Stepparent/Guardian, sibling, grandparent, aunt, uncle, or cousin living with the student)		
☐	Other _____		
	Explain _____		
Parent/Guardian Name		Parent/Guardian Signature	Date

Absence Verification Form

Dear Parent/Guardian:

It is very important to your child's learning that he/she is in school everyday and on time.

Thank you for taking the time to complete this form which will assist in proper attendance accounting and verification of all absences as required by California State Law and California Education Code.

Yours Truly,

LAUSD Superintendent of Schools

Student Name	Grade	Track	Class or Homeroom
Address	City		Zip Code
Home Phone	Cell Phone		Work Phone
My Child was absent for	days	From	To
		Date	Date
REASON FOR ABSENCE: (Please check one)			
☐	Illness (specify illness) _____		
☐	Medical, Dental, Counseling or Optometry Appointment		
☐	Funeral of Relative (Parent/Stepparent/Guardian, sibling, grandparent, aunt, uncle, or cousin living with the student)		
☐	Other _____		
	Explain _____		
Parent/Guardian Name		Parent/Guardian Signature	Date

Student Health and Human Services
ATTENDANCE POLICY AND PROCEDURES MANUAL

APPENDIX L-2b

Forma Para Verificar Ausencias

Estimado Padre o Tutor:

Es muy importante para el aprendizaje de su hijo(a) este en la escuela todos los días y se presente a tiempo.

Gracias por tomarse el tiempo de llenar esta forma que nos ayudara a mantener la verificación de asistencia apropiada para todas las ausencias como lo requiere el Código de Educación de la Ley del Estado de California.

Atentamente,

Superintendente de Escuelas del Distrito
Unificado de Los Angeles

Nombre del Estudiante		Grado	Ciclo	Clase o Salón Base
Domicilio		Ciudad		Código Postal
Teléfono de Casa		Teléfono Celular		Teléfono del Trabajo
Mi hijo(a) estuvo ausente	días	Desde	Hasta	
		Fecha	Fecha	
<i>Razón por la Ausencia:</i> (Por favor marque una)				
☐	Enfermedad (especifique enfermedad) _____			
☐	Medico, Dental, Conserjería, o Cita con el Optometrista _____			
☐	Funeral de un miembro de familia (Padres/Padrazos/Tutores, hermanos, abuelos, tía, tío, familiar viviendo con el estudiante)			
☐	Otro _____			
Explique _____				
Nombre del Padre o Tutor		Firma del Padre o Tutor		Fecha

Absence Verification Form - Spanish

Forma Para Verificar Ausencias

Estimado Padre o Tutor:

Es muy importante para el aprendizaje de su hijo(a) este en la escuela todos los días y se presente a tiempo.

Gracias por tomarse el tiempo de llenar esta forma que nos ayudara a mantener la verificación de asistencia apropiada para todas las ausencias como lo requiere el Código de Educación de la Ley del Estado de California.

Atentamente,

Superintendente de Escuelas del Distrito
Unificado de Los Angeles

Nombre del Estudiante		Grado	Ciclo	Clase o Salón Base
Domicilio		Ciudad		Código Postal
Teléfono de Casa		Teléfono Celular		Teléfono del Trabajo
Mi hijo(a) estuvo ausente	días	Desde	Hasta	
		Fecha	Fecha	
<i>Razón por la Ausencia:</i> (Por favor marque una)				
☐	Enfermedad (especifique enfermedad) _____			
☐	Medico, Dental, Conserjería, o Cita con el Optometrista _____			
☐	Funeral de un miembro de familia (Padres/Padrazos/Tutores, hermanos, abuelos, tía, tío, familiar viviendo con el estudiante)			
☐	Otro _____			
Explique _____				
Nombre del Padre o Tutor		Firma del Padre o Tutor		Fecha

Absence Verification Form - Spanish

Student Health and Human Services
ATTENDANCE POLICY AND PROCEDURES MANUAL

APPENDIX L-2c

亲爱的家长／监护人：

在**您孩子**学习上最重要的是他／她**每天准时来上学**。

谢谢您花时间来填写这个表格，这样可以帮助准确地计算和核对所有的缺席以符合加州法律的规定和教育法典的要求。

忠实的，

洛杉矶联合学区总监

学生姓名	_____	年级	_____	轨制	_____	教室 或 家庭教室	_____
住址	姓 _____ 名字 _____	公寓 #	_____	城市	_____	邮区号码	_____
家中电话	_____	手机	_____	工作电话	_____		
我孩子缺席日数	日 _____ 从 _____			到 _____			
缺席原因: (请勾画一项)							
☐	生病 (注明疾病) _____						
☐	医生, 牙科, 辅导或眼科约见 _____						
☐	亲人丧礼 (父母 / 寄养父母／监护人, 兄弟, 祖父母, 叔, 婶, 或与学生同住的表亲)						
☐	其他 _____						
	说明 _____						
	家长／监护人姓名		监护人签名			日期	

Student Health and Human Services
ATTENDANCE POLICY AND PROCEDURES MANUAL

APPENDIX L-2d

Thưa Quý Phụ Huynh/Giám Hộ:

Điều rất quan trọng cho sự học hành của con quý vị là em ấy phải có mặt ở trường mỗi ngày và đúng giờ.
Cảm ơn quý vị đã dành thì giờ điền mẫu này là điều sẽ trợ giúp sự ghi chép và xác minh điểm danh về tất cả những sự vắng mặt theo sự đòi hỏi của Luật Pháp Tiểu Bang California và Bộ Luật Giáo Dục California.

Nay Kính,

Tổng Quản Trị các Trường LAUSD

Tên Học Sinh	Lớp	Họ	Lớp hay Phòng chính
	Họ	Tên	
Địa Chỉ	Apt. #	T.P.	Zip Code
Đ.T. Nhà	Đ.T. Cell	Đ.T. Sở Lâm	
Con tôi đã vắng mặt hết ngày		Từ	Tới
		Ngày	Ngày
LÝ DO VẮNG MẶT: (Xin đánh dấu một ô)			
☐	Bệnh (ghi rõ bệnh)		
☐	Có Hẹn Y khoa, Nha khoa, Tư vấn hay Đo Thị-lực		
☐	Tang lễ của Thân nhân (Cha Mẹ/Kế Phụ, Mẫu/Giám hộ, anh chị em, ông bà, cô dì, chú bác cậu, hoặc bà con gần sống chung với học sinh)		
☐	Khác		
	Giải thích		
	Tên Phụ huynh/Giám hộ	Chữ Ký Phụ huynh/Giám hộ	Ngày

APPENDIX L-2e

[illegible]

Student Health and Human Services
ATTENDANCE POLICY AND PROCEDURES MANUAL

APPENDIX L-2f

Уважаемые родители или опекуны:

Очень важно, для того чтобы ребенок хорошо учился, ежедневно присутствовать на всех занятиях и своевременно приходить в школу.

Спасибо, что Вы посвятили свое ценное время заполнению этого формуляра. Это поможет нам правильно составить отчеты о посещаемости занятий и проверить отсутствие на уроках согласно требованиям нормативных актов штата Калифорния, регулирующих учебные программы.

С уважением,

LAUSD заведующий школьным округом

имя и фамилия ученика	класс	Track	№ классной комнаты или homeroom
Адрес	фамилия имя кв. №	город	почтовый индекс
домашний тел.	мобильный тел.	рабочий тел.	
Мой ребенок отсутствовал на занятиях от _____ до _____ дней			
Причина отсутствия на занятиях (Пожалуйста, пометьте один пункт)		дата	
☐	заболевание (укажите заболевание)		
☐	прием у врача, дантиста, консультанта, или оптика		
☐	похороны родственника (родителя, отчима, мачехи, опекуна, сестры, брата, бабушки, дедушки, тети, дяди или двоюродного брата или сестры, проживающего со школьником)		
☐	другое		
объясните			
имя и фамилия родителя или опекуна		подпись родителя или опекуна	дата