

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
<i>REASON FOR ABSENCE: (Please check one)</i>			
<input type="checkbox"/>	Illness (specify illness) _____		
<input type="checkbox"/>	Medical, Dental, Counseling or Optometry Appointment		
<input type="checkbox"/>	Funeral of Relative (Parent/Stepparent/Guardian, sibling, grandparent, aunt, uncle, or cousin living with the student)		
<input type="checkbox"/>	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
<i>REASON FOR ABSENCE: (Please check one)</i>			
<input type="checkbox"/>	Illness (specify illness) _____		
<input type="checkbox"/>	Medical, Dental, Counseling or Optometry Appointment		
<input type="checkbox"/>	Funeral of Relative (Parent/Stepparent/Guardian, sibling, grandparent, aunt, uncle, or cousin living with the student)		
<input type="checkbox"/>	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)			
<input type="checkbox"/>	Enfermedad (especifique enfermedad) _____		
<input type="checkbox"/>	Medico, Dental, Conserjería, o Cita con el Optometrista _____		
<input type="checkbox"/>	Funeral de un miembro de familia (Padres/Padrastros/Tutores, hermanos, abuelos, tía, tío, familiar viviendo con el estudiante)		
<input type="checkbox"/>	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)			
<input type="checkbox"/>	Enfermedad (especifique enfermedad) _____		
<input type="checkbox"/>	Medico, Dental, Conserjería, o Cita con el Optometrista _____		
<input type="checkbox"/>	Funeral de un miembro de familia (Padres/Padrastros/Tutores, hermanos, abuelos, tía, tío, familiar viviendo con el estudiante)		
<input type="checkbox"/>	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
	姓 _____ 名字 _____			
住址	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	从 _____ 日期	到 _____ 日期		
缺席原因: (请勾选一项)				
<input type="checkbox"/>	生病 (注明疾病) _____			
<input type="checkbox"/>	医生, 牙科, 辅导或眼科约见			
<input type="checkbox"/>	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)			
<input type="checkbox"/>	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 Làm	
Con tôi đã vắng mặt hết ngày		Từ	Tới
		Ngày	Ngày
LÝ DO VẮNG MẶT: (Xin đánh dấu một ô)			
<input type="checkbox"/>	Bệnh (ghi rõ bệnh)		
<input type="checkbox"/>	Có Hẹn Y khoa, Nha khoa, Tư vấn hay Đo Thị-lực		
<input type="checkbox"/>	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)		
<input type="checkbox"/>	Khác		
Giải thích			
Tên Phụ huynh/Giám hộ		Chữ Ký Phụ huynh/Giám hộ	Ngày

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. № горо Д	почтовый индекс
домашний тел.	мобильны й тел.	рабочий тел.	
Мой ребенок отсутствовал на занятиях _____ дней	от _____	до _____	
<i>Причина отсутствия на занятиях</i> (Пожалуйста, пометьте один пункт)		дата	дата
<input type="checkbox"/>	заболевание (укажите заболевание)		
<input type="checkbox"/>	прием у врача, дантиста, консультанта, или оптика		
<input type="checkbox"/>	похороны родственника (родителя, отчима, мачехи, опекуна, сестры, брата, бабушки, дедушки, тети, дяди или двоюродного брата или сестры, проживающего со школьником)		
<input type="checkbox"/>	другое _____		
	объясните		
	имя и фамилия родителя или опекуна	подпись родителя или опекуна	дата