Los Angeles Unified School District

South Gate High School

ASUNTO/REPORTE DE PADRES

CITA
Día:_____Fecha_____

Horario: _____

Atención: _____ Fecha: _____

Nombre del Padre: _____ Teléfono del Empleo _____

Nombre de la Madre:_____ Teléfono del Empleo _____

Nombre del Alumno:_____ Fecha de Nascimento:_____Grado:_____

Tel. de casa ( ) _____ # de Celular ( ) _____

NATURALESA DEL ASUNTO

☐ Académica ☐ Asistencia ☐ Disciplina ☐Seguridad ☐ Maestro ☐Otro _____

Descripción del Asunto: _____

……..……..……únicamente para uso oficial……..…

ACTIONS TAKEN

Routed to: ☐ J. Ramos ☐ E. Mitchell ☐ J. Mack ☐ J. DiLeva ☐ G. Llamas

☐ L. Corona-MS ☐ D. Gallardo- PA ☐ J. Knight – IS ☐ E. Kodama – BU

☐ J. Nguyen – HU ☐ T. Quezada – HS ☐ H. Sanchez – CM ☐ B. Slocovich – LG

☐ Dean ☐ Other_____ _____

☐ District 6 Operations ☐ Secondary School' Director ☐ Dist. 6 Superintendent ☐ Office of Risk Management.