



Orange County Department of Education
Division of Alternative Education
Alternative, Community, and Correctional Education Schools and Services
Attendance and Records Center
1669 East Wilshire, Suite 601, Santa Ana, Ca 92705
Office (714) 547-9972 Fax (714) 547-2344
Email: accesstranscripts@ocde.us

STUDENT/PARENT TRANSCRIPT REQUEST FORM

Please fill out completely and return to O.C.D.E. Attendance and Records Office.

Schools requesting a transcript must fax or mail a request on their letterhead or form. Transcripts may only be picked up by parent(s)/ legal guardian(s) or student (If over 18). *This form to be filled out by student, parent/legal guardian only. Not for school/teacher use.*

DATE: _____ REASON FOR REQUEST: _____

STUDENT'S NAME (while attending): _____

DATE OF BIRTH: _____ CURRENT AGE OF STUDENT: _____

MAILING ADDRESS: _____

CITY: _____ STATE: _____ ZIP CODE: _____

LAST GRADE LEVEL ATTENDED: _____ LAST YEAR ATTENDED: _____ GRADUATED: Yes No

SCHOOL SITE OR CITY ATTENDED: _____
 (Street name/cross street)

TEACHER'S NAME (if possible): _____

REQUESTER'S NAME: _____ TELEPHONE #: _____

RELATIONSHIP: _____ SIGNATURE: _____

Parent/Legal Guardian/Student

PLEASE CHECK ONE:

FAX UNOFFICIAL TRANSCRIPT (7-10 BUSINESS DAYS FOR PROCESSING) *How many needed:* _____

TO: _____ FAX #: _____

ATTENTION: _____

MAIL TRANSCRIPT (10-12 BUSINESS DAYS FOR PROCESSING)
 OFFICIAL *How many needed:* _____ **UNOFFICIAL** *How many needed:* _____

PICK UP TRANSCRIPT (7-10 BUSINESS DAYS FOR PROCESSING)
 OFFICIAL *How many needed:* _____ **UNOFFICIAL** *How many needed:* _____

You will be called when your transcript is ready for pick up. If transcript is not picked up from our office within 5 business days of call, it will be mailed to the above address.

ATTENDANCE AND RECORDS OFFICE USE ONLY (MUST BE COMPLETED):

STUDENT'S LOCATION IN COMPUTER SYSTEM: YEAR _____ SCHOOL CODE _____ STUDENT # _____

IF NOT IN COMPUTER SYSTEM PLEASE INDICATE LOCATION: _____

PROGRAM DATA TECHNICIAN INITIALS: _____ DATE COMPLETED: _____

DATE PICKED UP: _____ DATE MAILED: _____ DATE FAXED: _____

PERSON PICKING UP: _____
 Print Name Signature Relationship



Departamento de Educación del Condado de Orange
División de Educación Alternativa
Escuelas y Servicios Educativos Alternativos, Correccionales y Comunitarios
Centro de Asistencia y Registros
1669 East Wilshire, Suite 601, Santa Ana, Ca 92705
Oficina (714) 547-9972 Fax (714) 547-2344 Correo electrónico: accesstranscripts@ocde.us

FORMULARIO DE SOLICITUD DE EXPEDIENTE ACADÉMICO DEL ESTUDIANTE/PADRE

Por favor llene este formulario completamente y entréguelo a la oficina del Centro de Asistencia y Registros del O.C.D.E. Las escuelas que están solicitando un expediente académico deberán enviar su solicitud en papel membretado o formulario por fax o por correo. *Este formulario debe ser completado únicamente por el estudiante, padre o tutor legal. No es para el uso del profesor o de la escuela.*

FECHA: _____ RAZÓN PARA LA SOLICITUD: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (mientras asiste): _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD ACUTUAL DEL ESTUDIANTE _____

DIRECCIÓN DE CORREO: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

ÚLTIMO GRADO AL QUE ASISTIÓ: _____ ÚLTIMO AÑO AL QUE ASISTIÓ: _____ GRADUADO: Si No

ESCUELA O CIUDAD EN LA QUE ASISTIÓ: _____
 (Nombre de la calle/calle diagonal)

NOMBRE DEL PROFESOR (Si es posible): _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____ # DE TELÉFONO: _____

RELACIÓN/PARENTESCO: _____ FIRMA: _____
 Padre/Tutor Legal/Estudiante

POR FAVOR MARQUE UNO:

EXPEDIENTE ACADÉMICO NO OFICIAL VÍA FAX (DE 7 A 10 DÍAS LABORABLES PARA PROCESAR)
Copias que se solicitan: _____

PARA: _____ # DE FAX: _____

ATENCIÓN: _____

ENVIAR EL EXPEDIENTE ACADÉMICO POR CORREO (DE 10 A 12 DÍAS LABORABLES PARA PROCESAR)
 OFICIAL *Copias que se solicitan:* _____ **NO OFICIAL** *Copias que se solicitan:* _____

RECOGER EN PERSONA EL EXPEDIENTE ACADÉMICO (DE 7 A 10 DÍAS LABORABLES PARA PROCESAR)
 OFICIAL *Copias que se solicitan:* _____ **NO OFICIAL** *Copias que se solicitan:* _____

Se lo contactará cuando su expediente académico esté listo. Si su expediente académico no es retirado dentro de los 5 días laborables después de la llamada, será enviado a la dirección que se menciona en la parte superior de este formulario.

PARA USO EXCLUSIVO DEL CENTRO DE ASISTENCIA Y REGISTROS (DEBE SER COMPLETADO):
 UBICACIÓN DEL ESTUDIANTE EN EL SISTEMA INFORMÁTICO: AÑO _____ CÓDIGO DE LA ESCUELA _____
 # DEL ESTUDIANTE _____

SI NO CONSTA EN EL SISTEMA INFORMÁTICO, POR FAVOR INDICAR SU UBICACIÓN: _____

INICIALES DEL TÉCNICO DEL PROGRAMA DE DATOS: _____ FECHA DE FINALIZACIÓN: _____

FECHA DE RETIRO: _____ FECHA DE ENVÍO POR CORREO: _____ FECHA DE ENVÍO POR FAX: _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE LO RETIRA: _____
 Nombre impreso Firma Relación/Parentesco