



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE CAPISTRANO
SAN JUAN CAPISTRANO, CALIFORNIA

SOLICITUD DE CAMBIO LEGAL DE NOMBRE Y/O SEXO

Fecha de Nacimiento: _____ **Fecha de Solicitud:** _____

Nombre de Inscripción Legal Usado Anteriormente:

Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____

Género Legal Anterior: Masculino ___ Femenino ___ No Binario ___

Nombre Legal Actual:

Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____

Género Legal Actual: Masculino ___ Femenino ___ No Identificado ___

Lista de documentos solicitados y reemitidos:

Tipo de identificación proporcionada, emitida por el gobierno: (Nota: Se añadirá una copia de este documento y de la identificación a su archivo permanente para demostrar el cambio legal de nombre y/o género)

Orden Judicial _____ Licencia de Conducir _____ Acta de Nacimiento _____ Pasaporte _____
Otro: _____

Autorizo a CUSD a cambiar mi nombre legal y/o género de acuerdo con la documentación que he proporcionado y a entregar mis datos a las personas u organizaciones arriba mencionadas.

Firma del Estudiante/Padre _____ Teléfono (____) _____
(Se requiere la firma del estudiante, si es mayor de 18 años)

PARA SER COMPLETADO POR LA AUTORIDAD ESCOLAR:

Nombre de la Escuela/Departamento: _____ Nombre de la Autoridad Escolar: _____

Título de la Autoridad Escolar: _____

Fecha de Emisión: _____ Firma de la Autoridad Escolar: _____