

SOLICITUD PARA TRANSFERENCIAS DE ÁREA DE ASISTENCIA DE ESTUDIANTE
Entre escuelas en el Distrito Escolar de Bellingham

PARA EL AÑO ESCOLAR: _____ FECHA DE SOLICITUD: _____ ¿CONTINUACIÓN DE PETICIÓN? Sí No

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NOMBRE DEL PADRE/GUARDIÁN: _____

DIRECCIÓN: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO DE CASA: _____ CELULAR: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ GRADO PARA EL AÑO DE TRANSFERENCIA: _____

ESCUELA ACTUAL: _____

ESCUELA DE ÁREA DE ASISTENCIA DE SU DOMICILIO: _____

ESCUELA A LA QUE ESTÁ SOLICITANDO LA TRANSFERENCIA: _____

En el espacio siguiente, identifique la base para la solicitud y la razón específica para esta solicitud de transferencia. Por favor proporcione tanta información como sea posible; adjunte la documentación de apoyo que sea necesaria.

- Una condición financiera, educativa, de salud, o seguridad que afecta al estudiante será razonablemente mejorada como resultado de la transferencia.
- La asistencia a la escuela solicitada es más accesible al lugar de trabajo del padre o guardián o a la ubicación de la guardería.
Dirección: _____
- Algunas otras circunstancias especiales que afectan al estudiante o a la familia inmediata del estudiante, que podría ser aliviada como resultado de la transferencia. Por favor explique: _____

- Un padre/guardián es un empleado del Distrito Escolar de Bellingham (ESSB 5142)
Nombre del padre: _____ Asignación de trabajo: _____

- **ENTIENDO QUE ESTA APLICACIÓN ES VÁLIDA POR UN AÑO ESCOLAR.**
- **PADRE(S)/GUARDIÁN(ES)/ESTUDIANTE SON RESPONSABLES POR EL TRANSPORTE ENTRE LA CASA DEL ESTUDIANTE Y LA ESCUELA SOLICITADA.**
- **FALTA DE ESFUERZO ACADÉMICO, MALA ASISTENCIA, TARDANZAS, O PROBLEMAS DE DISCIPLINA PROPORCIONAN CAUSA JUSTA PARA EL DISTRITO DEVOLVER AL ESTUDIANTE A SU ESCUELA DE ÁREA DE ASISTENCIA.**
- **ES POSIBLE QUE LAS DECISIONES DE TRANSFERENCIA NO SE DECIDE HASTA LA TERCER SEMANA DE AGOSTO.**
- **SI LA SOLICITUD DE TRANSFERENCIA ES NEGADA, EL PADRE/GUARDIÁN PUEDE APELAR AL SUPERINTENDENTE O SU DESIGNADO POR ESCRITO EN EL PLAZO DE DIEZ DÍAS DE LA NEGACIÓN PARA UNA REVISIÓN DE LA DECISIÓN POR EL DIRECTOR ESCOLAR.**
- **SEGÚN LAS NORMAS DE WIAA, LA PARTICIPACIÓN EN VARSITY EN LA ESCUELA QUE RECIBE AL ESTUDIANTE ESTÁ SUSPENDIDO POR UN AÑO.**

La firma a continuación indica que el padre(s)/guardián(es) ha leído la política y procedimiento 3131 y está de acuerdo en asumir las responsabilidades asociadas con la transferencia de área de asistencia mencionadas anteriormente.

HE TENIDO UNA CONVERSACIÓN CON UN ADMINISTRADOR DE LA ESCUELA DE NUESTRO BARRIO SOBRE ESTA SOLICITUD DE TRANSFERENCIA (no necesario para solicitudes de continuación).

Firma del padre o guardián legal

After signature by Parent/Guardian, please route as follows:

- *New request to neighborhood school
- *Continuing request to requested school

Office Use Only (Usó solo para la oficina):

Signature of Neighborhood School Administrator _____

Accept Deny – Circle Reason: Space/Discipline/Attendance Route to Requested School

Signature of Requested School Administrator _____

Accept Deny – Circle Reason: Space/Discipline/Attendance Route to Deputy or Assistant Superintendent

Signature of Assistant Superintendent _____

Accept Deny – Circle Reason: Space/Discipline/Attendance Route to Requested School