



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

PARA EL AÑO ESCOLAR: _____ FECHA DE SOLICITUD: _____

¿SE TRATA DE UNA SOLICITUD NUEVA O RENOVACIÓN? NUEVA RENOVACIÓN

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR: _____

DIRECCIÓN: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

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

ESCUELA DE ÁREA DE ASISTENCIA DE SU DEscuela

Hermano(a) 1			
Hermano(a) 2			
Hermano(a) 3			

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 y anexe 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. Explique (opcional): _____

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 tracial ~~DE~~ CLASES PARA ~~DE~~ ERMAR LA CAPACIDAD DE REGISTRO

SI LA SOLICITUD DE TRANSFERENCIA ES NEGADA, EL PADRE/TUTOR PUEDE APELAR AL SUPERINTENDENTE O SU DESIGNADO

