

Escuelas del Área de Robbinsdale
FORMULARIO DE TRANSFERENCIA DE ESCUELA
Año Escolar 2019-2020



Por favor enviar el formulario diligenciado a:
Robbinsdale Area Schools Student Services, 4148 Winnetka Ave N, New Hope, MN 55427
o por fax al 763-504-8081

Todas las solicitudes de transferencia están sujetas a la disponibilidad de cupos, la fecha de recibo y el orden de prioridad.

Nombre Padre/Tutor 1 (Apellido,nombre,inicial seg.nombre) <input type="checkbox"/> Empleado de ISD 281	Tel. casa: () - Tel. trabajo: () -	Celular: () - Email:
Nombre Padre/Tutor 2 (Apellido,nombre,inicial seg.nombre) <input type="checkbox"/> Empleado de ISD 281	Tel. casa: () - Tel. trabajo: () -	Celular: () - Email:

Dirección del Padre/Tutor:	Ciudad	Código postal
-----------------------------------	--------	---------------

Nombre del Estudiante (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento: Mes ____ Día ____ Año ____	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
---	--	--

Escuela a la que asiste o última escuela a la que fue	Grado escolar en 2019-2020	Necesidades especiales/ IEP Activo/Estudiante que aprende inglés <i>ELL</i> (para determinar la asignación apropiada)
---	----------------------------	---

Motivo de la solicitud: (Por favor indique si es porque tiene hermanos que asisten a esa escuela, por el servicio de guardería, etc.) <input type="checkbox"/> Hermano(s) (se define como un niño que comparte al menos un padre o tutor legal con otro niño, que está actualmente inscrito en la escuela a la que el solicitante está pidiendo transferencia en el momento de la solicitud, y que continuará a asistir a esa escuela cuando el solicitante también comience a asistir) Nombre(s), apellido(s), inicial del hermano(s): _____ <input type="checkbox"/> Otro	Enumere las opciones de escuelas en orden de prioridad: 1. _____ 2. _____ 3. _____
---	---

Por la presente verifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender. **También entiendo que es mi responsabilidad suministrar transporte desde y hasta cualquier escuela no-magnet que esté fuera de mi área de asistencia escolar.**

Firma – Padre/Tutor

Fecha

Para uso de la oficina únicamente		
Hora y fecha de recepción de la solicitud	Fecha de notificación al padre/tutor	Fecha de vencimiento de la aprobación

_____ Firma de la autoridad responsable	_____ Fecha	
Aprobado para asistir a	_____ el _____ en _____	_____
Nombre de la escuela	Fecha de inicio	Grado escolar

Escuela del área de asistencia _____ Escuela o Distrito (si no es un estudiante de ISD 281)	Código de la solicitud _____
--	------------------------------

Razón del rechazo (si aplica):