

**ASHEBORO CITY SCHOOLS 2020-2021 SCHOOL YEAR
APPLICATION FOR REASSIGNMENT TO A SCHOOL WITHIN THE DISTRICT**

PLEASE PRINT Student's Name: _____

Age: _____ Date of Birth: _____ Gender: Female Male (circle one)

Name of Parent/Legal Guardian: _____

Address: _____ City: _____ Zip: _____

Contact Phone Number: (_____) _____

School Presently Attending: _____ Grade: _____

School Assigned: _____

School Assignment Requested: _____

CODES FOR RELEASE: 1-SCHOOL EMPLOYEE 2- CHANGE OF DOMICILE 3-HARDSHIP 4- SPECIAL CURRICULAR NEEDS 5-SCHOOL UTILIZATION (circle one)

REASON FOR REQUEST (continue on back or attach additional pages if needed): _____

My signature below certifies that I have completely and accurately answered the information above. Should any of the responses change after completing this form, I will notify the Transfer Office immediately. I understand that if there is incorrect information or if I fail to notify the district as prescribed above, it may result in revocation of assignment. I further understand transportation services will not be provided for transfer students. I also understand that any attendance, academic, or behavior problems will be sufficient cause to rescind any transfer that may be granted. I also understand this application is only for the year noted and must be submitted annually.

Name of Parent/Legal Guardian (Please Print)

Signature of Parent/Legal Guardian & Date

RETURN REQUEST TO:

STUDENT TRANSFER OFFICE Asheboro City Schools P.O.Box 1103 Asheboro, NC 27204

DEADLINE FOR SUBMITTING TRANSFER REQUESTS IS ON JUNE 1, 2020

FOR OFFICE USE ONLY

_____ **APPROVED**

_____ **DENIED**

Notes: _____

Signature _____ **Date** _____

**ESCUELAS DE LA CIUDAD DE ASHEBORO AÑO ESCOLAR 2020-2021
SOLICITUD DE REASIGNACIÓN A UNA ESCUELA DENTRO DEL DISTRITO**

Nombre del Estudiante: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Genero: Masculino Femenino (circule uno)

Nombre de los Padres/Guardian Legal: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Codigo Postal: _____

Numero de Telefono: (_____) _____

Escuela que asiste actualmente: _____ Grado: _____

Escuela/Distrito asignado: _____

Nombre de la escuela que esta solicitando: _____

CODIGOS DE LIBERACION: 1-EMPLEADO ESCOLAR 2- CAMBIO DE DOMICILIO 3-DIFICULTAD 4- NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES 5-ESTRUCTURA ESCOLAR (circle one)

MOTIVO DE SOLICITUD (utilice otra hoja si es necesario):

Mi firma a continuación certifica que he respondido completa y exactamente la información requerida. Si alguna de las respuestas cambia después de completar este formulario, notificaré a la Oficina de Transferencia de inmediato. Entiendo que si hay información incorrecta o si no notifico al distrito como se prescribe anteriormente, esto puede resultar en la revocación de la asignación. Además, entiendo que no se proporcionarán servicios de transporte para los estudiantes transferidos. También entiendo que cualquier problema de asistencia, académico o de comportamiento será causa suficiente para rescindir cualquier transferencia que pueda otorgarse. También entiendo que esta solicitud es solo para el año indicado y debe completarse anualmente.

Nombre de los Padres /Guardian Legal

Firma de los Padres /Guardian Legal y Fecha

**FAVOR DE DEVOLVER ESTE DOCUMENTO A:
STUDENT TRANSFER OFFICE Asheboro City Schools P.O.Box 1103 Asheboro, NC
27204 FAVOR DE ENVIAR LA SOLICITUDES DE TRANSFERENCIA ANTES DEL 1 DE
JUNIO 2020**