



Watauga County Schools

175 Pioneer Trail | Boone, NC 28607 | Teléfono: (828) 264-7190 | Fax: (828) 264-7196

2018-2019

Solicitud de Reasignación Dentro-del-Condado

Las aplicaciones para el año académico del 2018-2019 serán aceptadas del 1º de Abril al 15 de Mayo del 2018

- Se debe de completar una aplicación por cada niño(a) el/la cual este solicitando una reasignación.
- Se debe de proporcionar con la aplicación la prueba de residencia (domicilio) basado en la dirección (911). **(Se requiere 2 documentos)** (Ejemplo: copia de uno de los recibos de los servicios públicos, contrato de arrendamiento, formulario de impuestos del 2017, licencia de conducir y registración del automóvil).
- La razón de la solicitud deberá de ser hecha por escrito en la parte de atrás de esta aplicación.
- La aplicación y toda la documentación adicional deberá de ser enviada por correo o entregada en persona al Director(a) del Distrito Escolar (domicilio).
- Los/las estudiantes que están solicitando la reasignación deben de estar en buen estado con su escuela actual, demostrando un buen comportamiento, rendimiento académico, y asistencia tal y como se indica a continuación.
- **Si son aprobados, la transportación hacia y desde la escuela solicitada será responsabilidad de los padres de familia o guardianes.**

Información del Estudiante: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Edad) (Fecha de Nacimiento)

Padre/Guardián Legal: _____ / _____
(Apellido) (Nombre) (Correo Electrónico)

Dirección del Domicilio: _____
(Nombre y número de la Carretera o Calle – No Apostado de Correos (PO Box) (Condado del Domicilio) (Estado) (Código Postal)

Dirección Postal: _____
(Dirección) (Ciudad) (Código Postal)

Teléfono de la Residencia: _____ Tel. del Trabajo: _____ Tel. Celular _____

Grado Actual: _____ Solicitud de Reasignación anterior en el Condado de Watauga Sí _____ Fecha _____ No _____

Escuela de Asistencia actual o la última asistida: _____
(Nombre de la Escuela) (Sistema Escolar)

Asignación de la Escuela Solicitada: _____ Grado Solicitado: _____

¿El/la estudiante está recibiendo Servicios de Niños(as) Excepcionales en su escuela actual? (Favor de Marcar) Sí No

Si respondo que Sí, por favor indique qué servicios: _____

Anote todos los hermanos/hermanas, sus nombres, grados, donde asisten a la escuela, y si alguno de ellos/ellas ha alguna vez sido reasignados de su distrito de origen:
(Nombre) (Grado) (Escuela) (Fecha de la reasignación anterior)

Yo, el que se subscribe, certifico que la información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo y acepto que si, en cualquier momento, cualquiera de esta información es encuentra falsa, la reasignación puede ser cancelada. De acuerdo con las pólizas número 4120, 4150, 4150-R de la Junta de Educación del Condado de Watauga, yo además, entiendo y acepto que mi niño(a)/niños(as) va a seguir todas las pólizas de comportamiento y académicas y las pólizas de asistencia según lo establecido por la escuela que lo/la recibe. El incumplimiento de seguir estas pólizas puede resultar en la cancelación de la reasignación por la Junta de Educación.

Firma del Padre/Madre/Guardián Legal: _____ (Fecha)

