



Elementary School Reassignment Application /
Aplicación de Reasignación de Escuela Primaria

Approved ☐

Denied ☐

DATE RECEIVED: _____

STUDENT ID: _____

Applications for School Reassignment must be submitted to the **HOME SCHOOL for review. Requests must be submitted on or before Friday, August 16, 2024 to be processed by the first day of school.** Applications received after this date must attend the home school until a decision is made. Please allow up to 2 weeks for processing. All questions can be directing to your home school of residence. Requested school must be open relative to enrollment capacity/overcrowding. Please review the Parent/Family Procedures prior to completing the application.

Student Name: _____ Parent/Guardian Name: _____

School of Residence: _____ SY2024-25 Grade Level: _____

Permanent Address: _____ Zip Code: _____

Phone/Contacts: (1) _____ (2) _____

SCHOOL REQUESTED: _____ Are siblings requesting a reassignment? YES ☐ NO ☐

SPECIAL SERVICES: 504 ☐ ESOL ☐ Gifted ☐ IEP ☐

Type of Reassignment: Parent/Guardian must choose one (only) from options below:

☐ **Child Care** does not transport to/from home school of residence: Name of Provider: _____

Address or Provider: _____ Phone/Contact: _____

Supporting documentation required: (1) Attach a letter on letterhead indicating enrollment date, hours of care and signature of provider **OR** if another provider is used, a dated letter from the provider indicating name, address, phone number, hours of care and signature of provider. (2) Attach a letter from the parent/guardian(s)' employer(s) on letterhead verifying childcare is needed, including hours worked, employer's phone number and signature of employer **OR** if applicable, a letter from the applicant stating why childcare is needed if not for employment.

☐ **Safety Concern** (Documented): A parent/guardian must meet/discuss concern with an administrator prior to submission. Explain reason for request in detail. (**Attach supporting documentation for consideration**):

I verify that I have read and reviewed the guidelines and procedures and my statements are true correct. I understand that I must send my child to their home school of residence until a decision is made regarding this request. If my child does not attend during this time, it will be marked as an unexcused absence. I understand that if my child is approved I am responsible for the transportation. In addition, my child must maintain good attendance, grades and behavior at the requested school, or the approval will be rescinded.

Parent/Guardian Print Name _____ Parent/Guardian Signature _____



Elementary School Reassignment Application / Aplicación de Reasignación de Escuela Primaria

Aprobada ☐

Denegada ☐

FECHA RECIBIDA: _____

ESTUDIANTE ID: _____

Las solicitudes de reasignación de Escuela deben enviarse a la **ESCUELA DE ORIGEN para su revisión. Las solicitudes deben enviarse antes del viernes, 16 de agosto de 2024 para ser procesadas antes del primer día de clases.** Las solicitudes recibidas después de esta fecha deben asistir a la escuela de origen hasta que se tome una decisión. Espere hasta 2 semanas para el procesamiento. Todas las preguntas pueden dirigirse a su escuela local. La escuela solicitada debe de tener cupos en cuanto a la inscripción/sobrepoblación. Revise los Procedimientos para Padres/Familia antes de completar la solicitud.

Nombre del Estudiante: _____ Nombre del Padre/Tutor: _____

Escuela de Residencia: _____ Año Escolar 2024-25 Nivel de Grado: _____

Dirección Permanente: _____ Código Postal: _____

Contactos del Teléfono: (1) _____ (2) _____

ESCUELA SOLICITADA: _____ ¿Están las hermanos/as solicitando una reasignación? Sí ☐ NO ☐

SERVICIOS ESPECIALES: 504 ☐ ESOL ☐ Dotado/a ☐ IEP ☐

Tipo de reasignación: el padre/tutor debe elegir una (solo) de las siguientes opciones:

☐ **El Cuido de Niños** no transporta hacia/desde el hogar, la escuela de residencia: Nombre del Proveedor: _____

Dirección del Proveedor: _____ Teléfono/Contacto: _____

Documentación de respaldo requerida: (1) Adjunte una carta con membrete que indique la fecha de inscripción, el horario de asistencia y la firma del proveedor **O**, si se utiliza otro proveedor, una carta fechada del proveedor que indique el nombre, la dirección, el número de teléfono, el horario de atención y la firma del proveedor. (2) Adjunte una carta del empleador de los padres/tutores en papel con membrete que verifique que se necesita cuidado de niños, incluidas las horas trabajadas, el número de teléfono del empleador y la firma del empleador **O**, si corresponde, una carta del solicitante que indique por qué se necesita cuidado de niños si no por empleo.

☐ **Inquietud de Seguridad** (Documentada): un padre/tutor debe reunirse/discutir la inquietud con un administrador antes de la presentación. Explique detalladamente el motivo de la solicitud. (**Adjunte documentación de respaldo para su consideración**):

Verifico que he leído y revisado las pautas y procedimientos y que mis declaraciones son verdaderas y correctas. Entiendo que debo enviar a mi hijo/a a su escuela local de residencia hasta que se tome una decisión con respecto a esta solicitud. Si mi hijo/a no asiste durante este tiempo, se marcará como una ausencia injustificada. Entiendo que, si se aprueba a mi hijo/a, soy responsable del transporte. Además, Mi hijo/a debe mantener buena asistencia, calificaciones y buen comportamiento en la escuela solicitada, o se rescindirá la aprobación.

Nombre del Padre/Tutor en letra de imprenta _____ Firma del Padre/Tutor _____



Elementary School Reassignment Application / Aplicación de Reasignación de Escuela Primaria

Home School of Residence Review (Required):

Date Received: _____

Special Services: _____

Administrator Recommendation/Comments: _____ Approved _____ NOT Approved

Date of communication with parent/family if it's a safety concern: _____

School Administrator Name (Print/Sign) _____

ROTC Review (If applicable):

Date Received: _____

Officer Recommendation/Comments: _____ Approved _____ NOT Approved

Decision Date: _____

Officer Name (Print/Sign): _____

Athletic Review (If applicable):

Date Received: _____

Athletic Director Recommendation/Comments: _____ Approved _____ NOT Approved

Decision Date: _____

Athletic Director Name (Print/Sign): _____

Requested School Review (Required):

Date Received: _____

Administrator Recommendation/Comments: _____ Approved _____ NOT Approved

Decision Date: _____

School Administrator Name (Print/Sign) _____



Elementary School Reassignment Application / Aplicación de Reasignación de Escuela Primaria

For Central Office Use Only

Special Education Review (If applicable):

Date Received: _____ Special Services: _____

Exec. Director or Designee Recommendation/Comments: _____ Approved _____ NOT Approved Decision Date: _____

Exec. Director or Designee Name (Print/Sign): _____

Student Services Review (Required):

Date Received: _____ Special Services: _____

ED Director or Designee Recommendation/Comments: _____ Approved _____ NOT Approved Decision Date: _____

Director or Designee Name (Print/Sign): _____

For Central Office Use Only