



Solicitud de Reasignación

Por favor complete una forma por cada niño/niña.

Año Escolar : 20__/20__

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección del Estudiante (calle & numero) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Grado (para el año de reasignación) _____ Escuela Asignada _____

Por favor seleccione la escuela a la cual usted pide la reasignación.

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bennett | <input type="checkbox"/> Horton Middle | <input type="checkbox"/> Moncure | <input type="checkbox"/> Pittsboro Elem. |
| <input type="checkbox"/> Bonlee | <input type="checkbox"/> J. S. Waters | <input type="checkbox"/> North Chatham | <input type="checkbox"/> Siler City Elem. |
| <input type="checkbox"/> Chatham Central | <input type="checkbox"/> Jordan-Matthews | <input type="checkbox"/> Northwood | <input type="checkbox"/> Silk Hope |
| <input type="checkbox"/> Chatham Middle | <input type="checkbox"/> Margaret B. Pollard Middle | <input type="checkbox"/> Perry Harrison | <input type="checkbox"/> Virginia Cross Elem. |

Razón por Solicitud de Reasignación¹

Seleccione una opción – Deberá incluir detalles por escrito – Puede incluir paginas adicionales si es necesario.

2. Factores considerados cuando se solicita la reasignación

- a. Necesidades Curriculares especiales
- b. Dificultad extrema
- c. Hijos de empleados
- d. Reasignación de hermanos
- e. Movimiento anticipado a una nueva área de asignación

E. Circunstancias Especiales

- 1. Cambio de residencia
- 2. Opción de transferir de escuelas inseguras bajo el decreto de ley “No Child Left Behind”
- 3. Transferencia de estudiantes sin hogar

¹Debe cumplir con las directrices de la Junta Directiva Política Código 4150

Firma Padre/Madre/Guardián

Nombre _____

Dirección (si es diferente de la de arriba) (calle & numero) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Números de Casa (____) _____ - _____ Celular (____) _____ - _____

Correo Electrónico _____

Yo entiendo que esta reasignación es válida solamente para la escuela reasignada y hasta que el estudiante complete los grados en ella a menos que sea designado de otra manera. La aprobación está basada en las políticas descritas en el manual BOE Política 4150. Los padres son responsables del transporte para ir/regresar de la escuela. Ausencias excesivas, llegar tarde o acciones disciplinarias pueden ser usadas para revocar la reasignación.

Firma Padre/Madre/Guardián _____ Fecha ____/____/____

EMPLOYEE REQUEST

Employee Name: _____ School _____

Position _____ Principal/Supervisor Signature: _____

Non-Chatham County Resident? Yes² No (circle one)

²Request release from your resident school system and have them forward the release to the CCS Reassignment Office.

This section is to be completed by the Superintendent's Office (or Designee).

Reassignment **Approved** to _____ School _____
(A new request must be submitted after the student completes all grades in the reassigned school.)

Reassignment Approved for 20__/20__ school year or its remainder **ONLY**.

Reassignment **Denied**: _____

Reason for Denial: _____

Superintendent/Designee Signature

Date

Regrese las Formas completadas a:
CCS Central Office
PO Box 128 / 369 West Street
Pittsboro, NC 27312
Attn: School Reassignment
919-542-3626 Phone
919-642-5611 Fax