



Elementary/Intermediate In-District Transfer Request

School Year ___/___

Please Print Clearly:

Student Name _____ Grade _____ Home Phone _____

ID# _____ Date of Birth _____

Parent/Guardian _____ Work Phone _____

Address _____ Apt # _____ Zip Code _____

School Assigned _____ School Requested _____

Reason for transfer request* _____

**Please attach any documentation that would support your reason for this transfer request*

If you are an ALIEF ISD employee, please provide the campus/dept. name _____

Please initial each of the following statements to indicate understanding and acceptance.

If this transfer is approved:

___ I will be responsible for providing transportation to and from school for my child.

___ I will ensure punctual arrival, pickup, and regular attendance for my child.

___ I understand that elementary/intermediate school transfers must be grade appropriate for the school approved.

___ I understand that the new school will not allow serious and/or persistent disruptive behavior from the student.

___ I must provide two current documents to the new school annually to prove my residency.

___ I understand that the student will not be eligible for competitive activities for one (1) year.

___ Is your child currently receiving special education services? YES ___ NO ___

Type of program/service: _____

___ Is your child currently receiving special transportation? YES ___ NO ___

Parent Signature _____ Date _____

FOR OFFICE USE ONLY

Request Approved

Request Denied

Comments: _____

Signature _____ Date _____

If transfer is not enacted within 30 days of approval, the request becomes invalid.



SOLICITUD DE TRASLADO DENTRO DEL DISTRITO PARA ESCUELA PRIMARIA O INTERMEDIA

Año escolar ___/___

LETRA DE IMPRENTA:

Nombre del estudiante _____ Grado _____ Tel. de la casa _____

N.º de ID _____ Fecha de nacimiento _____

Padre o tutor _____ Tel. del trabajo _____

Dirección _____ N.º de Apt. _____ Código postal _____

Escuela asignada _____ Escuela solicitada _____

Razón por la cual se solicita el traslado* _____

**Haga el favor de adjuntar la documentación correspondiente que fundamenta el motivo de esta solicitud de traslado.*

Si usted es un empleado de ALIEF ISD , tenga a bien proporcionar el nombre de la escuela o el departamento.

Haga el favor de poner sus iniciales al margen de cada declaración para indicar su comprensión y acato (aceptación).

Si se aprueba esta solicitud:

- Asumo la responsabilidad de proporcionar a mi hijo el transporte hasta y desde la escuela.
- Garantizo que mi hijo llegará y será recogido puntualmente y que asistirá a clases en forma regular.
- Entiendo que en las escuelas primarias e intermedias, todo traslado debe hacerse como corresponda al grado de la escuela aprobada.
- Entiendo que la nueva escuela no permitirá a ningún estudiante cualquier comportamiento_ perturbador que sea serio y/o constante.
- Debo presentar dos documentos vigentes cada año, como comprobantes de mi residencia a la nueva escuela.

¿Recibe su hijo servicios de educación especial? sí _____ NO _____

Tipo de programa o servicio: _____

¿Recibe su hijo transporte especial? sí _____ NO _____

Firma del padre _____

Fecha _____

FOR OFFICE USE ONLY [SOLO PARA USO DE LA OFICINA]

Request Approved [solicitud aprobada]

Request Denied[solicitud denegada]

Comments [comentarios]: _____

Signature _____

Date _____

La solicitud queda sin efecto si el traslado no se efectúa dentro de los 30 días subsiguientes a su aprobación.