



ROCORI SCHOOL DISTRICT

ROCKVILLE • COLD SPRING • RICHMOND

534 North Fifth Avenue

COLD SPRING, MINNESOTA 56320

TELEPHONE (320) 685-4185

www.rocori.k12.mn.us

FAX (320) 685-4906

SCHOOL PLACEMENT/ ASSIGNMENT REQUEST FORM

Date: _____ Request for School Year: 20____ - _____

Name of Student: _____ Current Grade Level: _____

Name of Person(s) Making Appeal: _____

Address: _____

Phone Number: _____ Best Time to Contact: _____

Relationship to Student: _____

Is there another parent/family member of this student that has a say in this appeal?

_____ Yes _____ No

Name of other parent/family member: _____

Relationship to student: _____ Phone Number: _____

Do they know about this appeal? _____ Yes _____ No

Are they in agreement with this appeal? _____ Yes _____ No

School Assignment: _____

Desired School Assignment: _____

This request is made to accommodate/address issues of this nature (note all that apply):

Medical

Academic

Social

Geographic

Program

History

Special Need

Other (describe):

Reason for Appeal: (please offer description)

Date of Committee Meeting: _____ Time: _____

Approved _____ Not Approved _____ Need Further Action _____



DISTRITO ESCOLAR ROCORI

ROCKVILLE • COLD SPRING • RICHMOND

534 North Fifth Avenue

COLD SPRING, MINNESOTA 56320

www.rocori.k12.mn.us

TELEFONO (320) 685-4185

FAX (320) 685-4906

FORMULARIO DE SOLICITUD DE COLOCACIÓN ESCOLAR/ASIGNACIÓN

Fecha: _____

Solicitud de Año Escolar: 20__ - ____

Nombre de Estudiante: _____ Grado Actual: _____

Nombre de Persona(s) Que Hacen La Apelación: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____ Mejor Tiempo Para Contactar: _____

Relación a Estudiante: _____

¿Hay otro padre/miembro familiar de este estudiante que tenga voz en esta apelación?

_____ Sí _____ No

Nombre de otro padre/miembro familiar: _____

Relación a Estudiante: _____ Numero de Teléfono: _____

¿Saben ellos sobre esta apelación? _____ Sí _____ No

¿Están de acuerdo con esta apelación? _____ Sí _____ No

Escuela Asignada: _____

Asignación de Escuela Deseada: _____

Esta solicitud se realiza para acomodar/abordar problemas de esta naturaleza (marque todas las que aplican):

Medica

Académica

Social

Geográfico

Programa

Historia

Necesidad Especial

Otra (describa):

Motivo de la Apelación: (por favor, ofrezca la descripción)

Fecha de la Reunión del Comité: _____ Hora: _____

Aprobada _____ No Aprobada _____ Necesita Acción Adicional _____