



REQUEST FOR STUDENT REASSIGNMENT

Nombre Completo (Legal) del Estudiante: _____
(Last) (First) (Middle)

Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____
(MM/DD/YYYY) (Año Escolar **2025-2026**)

Solicitó a la Junta de Educación del Condado de Bladen que actúe sobre la solicitud de designación a continuación para el año escolar 2025-2026. (**Elige solo UNA de las siguientes opciones**)

_____ **ACEPTAR a mi hijo/a en** _____ Escuela de _____
(escuela fuera del condado)

_____ **LIBERAR a mi hijo/a de** _____ Escuela a _____
(escuela fuera del condado) _____ Escuela del Condado de Bladen.

_____ **TRANSFERIR a mi hijo/a a** _____ Escuela de _____
(escuela del Condado de Bladen) _____ Escuela.
(escuela del Condado de Bladen)

¿ Tiene el estudiante necesidades/servicios/adaptaciones especiales? SI No En caso afirmativo, indique la naturaleza de las necesidades del estudiante.

Motivo de la solicitud mencionada:

Nombre del Padre/Guardian: _____

Dirección 911 (de emergencia): _____
de Casa/Apartamento Calle Ciudad/Pueblo Codigo Postal

Dirección de Envío: _____
de Casa/Apartamento Calle Ciudad/Pueb Codigo Postal

Fecha: _____ No. De Telefono: _____
(MM/DD/YYYY)

NOTA: Esta acción es SOLO para el año escolar 2025-2026. Se debe presentar una nueva solicitud cada año que un estudiante desea asistir a una escuela fuera de su área de asistencia designada. Estas regulaciones están de acuerdo con las políticas de la Junta de Educación del Condado de Bladen y son necesarias debido a las asignaciones de maestros y las limitaciones de tamaño de las clases.

REGRESAR A: Ms. Ann Brown, Deputy Superintendent
Bladen County Schools
PO Box 37
Elizabethtown, NC 28337
Fax: 855-860-6170

Exclusivamente Para Uso Oficial

Approved: _____

Not Approved: _____

Date: _____