



## Solicitud de reasignación estudiantil Año escolar 2023-24

- Aprobada
- Denegada

Las solicitudes para la reasignación a escuelas abiertas o por opción de escuela deben presentarse a la Oficina de Operaciones Escolares entre el 1 de febrero de 2023 y el 1 de marzo de 2023 para que se consideren para el año escolar 2023-2024. Las opciones de escuelas abiertas tendrán en cuenta la capacidad o la superpoblación. Revise las pautas administrativas el cuadro de la situación de las escuelas antes de completar la solicitud. Todas las otras reasignaciones se analizarán a medida que se reciban.

### Información demográfica:

Nombre del alumno/a: \_\_\_\_\_ Nombre del padre/madre: \_\_\_\_\_

Escuela según el lugar de residencia: \_\_\_\_\_ Nivel de grado en el año escolar 2023-24: \_\_\_\_\_

Dirección permanente: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono/Contactos: (1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

ESCUELA SOLICITADA: \_\_\_\_\_

SERVICIOS ESPECIALES:  504  ESOL  Alumnos con talento  IEP

### Tipo de reasignación: Los padres deben elegir una (sola) de las opciones de abajo

- 1. OPCIÓN DE ESCUELA/ESCUELA ABIERTA. REASIGNACIÓN (DENTRO DEL DISTRITO) DE ALUMNOS CON NECESIDADES ESPECIALES (SB10, 2006)
  - Declaración de excepcionalidad del alumno: \_\_\_\_\_
  - Declaración del modelo de servicios del alumno: \_\_\_\_\_ (si se sabe)
- 2. OPCIÓN DE ESCUELA/ESCUELA ABIERTA. REASIGNACIÓN (DENTRO DEL DISTRITO) DE ALUMNOS SIN NECESIDADES (HB251, 2009)
- 3. REASIGNACIÓN POR PROGRAMAS CURRICULARES
  - Declaración del programa solicitado: \_\_\_\_\_
- 4. REASIGNACIÓN POR ADVERSIDADES: Declaración de solicitud de reasignación por adversidades
  - El alumno tiene razones médicas o psicológicas documentadas por un médico para cambiar de escuela (Nota: El formulario médico o psicológico de los CDC debe ser completado por un médico licenciado.)
  - El alumno está en el nivel más alto ofrecido en su escuela cuando tuvo lugar una mudanza
  - El alumno o padre/madre está actualmente involucrado con una remoción de DFCS u otra medida determinada por el estado o condado que afecta la inscripción, y el alumno actualmente reside fuera de la delimitación de la escuela deseada.
  - Solo en el caso de escuelas primarias: El lugar de trabajo de los padres o de la guardería infantil está cerca de la escuela solicitada

Trabajo/Guardería infantil: Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Solo para los empleados del Distrito Escolar del condado de Cherokee:** (Nota: el lugar de trabajo debe estar dentro de la zona de innovación de la escuela que se está solicitando).

- El padre/madre es empleado de tiempo completo de la escuela que se está solicitando
- El padre/madre es empleado de tiempo completo del CCSD

Escuela/Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

**Firma del padre/madre/tutor legal:**

Confirmando que he leído y revisado las pautas administrativas para la reasignación de alumnos del CCSD, específicas para los temas de (a) elegibilidad, (b) transporte, (c) duración de la declaración, (d) elegibilidad para los deportes, (e) fechas límite para presentar la solicitud y (f) el cuadro de la situación de las escuelas (página 5) con respecto a si están abiertas para la inscripción.

Firma del padre/madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

NOTA: Si a un alumno que ha sido reasignado se le da la baja de la escuela, la reasignación ya no será válida. Si el alumno desea volver a inscribirse en la escuela reasignada, deberá presentar de nuevo una solicitud de reasignación.

\*\*\*\*\*FIN DE LA SECCIÓN DE LOS PADRES\*\*\*\*\*

**“RESIDENT” School Review:**

CCSD School of Residence: \_\_\_\_\_

Date Received: \_\_\_\_\_

Student in Special Education: Y\_\_\_ N\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_

Principal Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**“REQUESTED” School Review:**

CCSD Requested School: \_\_\_\_\_

Date Received: \_\_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_

Principal Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**SPECIAL EDUCATION Review (if applicable):**

- Reassignment meets current guidelines concerning placement of students receiving Special Education services.
- Reassignment does not meet current guidelines concerning placement of students receiving Special Education services.

Comments: \_\_\_\_\_

Director/Designee’s Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**DISTRICT DESIGNEE Review:**

Designee/Reviewer’s Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_