



## REQUEST FOR STUDENT REASSIGNMENT

Nombre Completo (Legal) del Estudiante: \_\_\_\_\_  
(Last) (First) (Middle)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
(MM/DD/YYYY) (Año Escolar **2024-2025**)

Solicitó a la Junta de Educación del Condado de Bladen que actúe sobre la solicitud de designación a continuación para el año escolar 2024-2025. (**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 2023-2024. 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: \_\_\_\_\_