2025-2026 Intra-District Transfer Request

Date: _____

This transfer request is for the following child/children residing with me:

Last Name:	First Name:	Grade (2025-26)	Date of Birth:	School of Residence:	Requested School:

REASON FOR REQUEST:

_____

Is your child/children currently on an intra-district permit at the requested school? YES NO

If the reason you are applying for a transfer is that you moved, please indicate when you moved: _____

My child/children receive(s) the following services (check any that apply):

☐ Resource Specialist Program (RSP)	☐ Special Day Class (SDC)	☐ English Learner (Formerly ESL)	☐ Speech/Language	☐ Other _____
If you selected any of the services above, please list the name(s) of the child/children receiving services:				
Last, First Name:	Last, First Name:	Last, First Name:		

I understand that if my transfer request is approved:

- I will be responsible for my child/children's transportation to and from the approved school. _____ (Parent initial here)
- The School District reserves the right to administratively DENY or REVOKE an intra-district transfer based on insufficient space for neighborhood children or impacted classes, a student's record of attendance (90% or better and/or late 10% of the time), behavior (no suspensions) or any additional factors that would negatively affect the instructional program at the receiving school. In addition, the School District reserves the right to REVOKE an intra-district transfer based on academic performance (GPA 2.0 or higher). _____ (Parent initial here)

PARENT/GUARDIAN (PLEASE PRINT)_____ SIGNATURE _____
ADDRESS: _____ PHONE (H) _____ (C) _____

SCHOOL OF RESIDENCE:

☐ Approved-Request complies with established criteria ☐ Denied

Comments:

Date: _____ Principal/Assistant Principal Signature: _____ School of Residence: _____

REQUESTED SCHOOL:

☐ Approved- Request complies with established criteria ☐ Denied

Comments:

Date: _____ Principal/Assistant Principal Signature: _____ School of Attendance: _____

SUPERINTENDENT/DESIGNEE:

☐ **GRANTED** ☐ **NOT GRANTED**

Approved by Superintendent/Designee for the 2023-2024 school year:

Comments:

_____

Signature **Date**

2025-2026 Solicitud de Traslado Intra-Distrito

Fecha: _____

Esta solicitud es para el/los siguiente(s) niño(s) residiendo conmigo:

Apellido:	Primer Nombre:	Grado (2025-26)	Fecha de Nacimiento:	Escuela de Residencia:	Escuela Solicitada:

RAZON DE SOLICITUD:

_____

¿Actualmente está su niño con permiso intra-distrito en la escuela solicitada? ☐ SI ☐ NO

Si la razón por la que está solicitando el traslado es porque se mudó, favor de indicar cuando se mudó: _____

Mi(s) niño(s) recibe(n) los siguientes servicios (marque cualquiera que aplique):

☐ Programa de Recursos Especiales (RSP)	☐ Clase de Día Especial (SDC)	☐ Principiantes de Ingles (Previo ESL)	☐ Habla/Lenguaje	☐ Otro
Si seleccionas cualquiera de los servicios arriba, por favor liste el/los nombre(s) del los niño(s) recibiendo los servicios:				
Apellido, Nombre:	Apellido, Nombre:	Apellido, Nombre:		

Comprendo que si mi traslado es aprobado:

- Yo seré responsable de la transportación de mi(s) niño(s) a y de la escuela aprobada. _____ (iniciales del padre aquí)
- El Distrito Escolar se reserva el derecho de administrativamente RECHAZAR o REVOCAR un traslado intra distrito basado en no tener suficiente espacio para niños del vecindario o clases superpobladas, el registro de asistencia (90% o mejor y/o llega tarde el 10% del tiempo), por comportamiento (sin suspensiones), o por cualquier factor adicional que afectaría negativamente el programa instruccional en la escuela recibiéndolo(s). Adicionalmente, el Distrito Escolar se reserva el derecho de REVOCAR un traslado intra distrito basado en desempeño académico (GPA 2.0 o mejor). _____ (iniciales del padre aquí)

PADRE/CUSTODIO (Por favor use letra de molde) _____ FIRMA _____
DIRECCIÓN: _____ TELEFONO (casa) _____ (celular) _____

ESCUELA DE RESIDENCIA:

☐ APROBADO-Solicitud satisface criterio establecido ☐ No aprobado

Comentarios:

Fecha: _____ Firma del Director/Asistente al Director: _____ Escuela de Residencia: _____

ESCUELA SOLICITADA:

☐ Aprobado – Solicitud satisfice criterio establecido ☐ No aprobado

Comentarios:

Fecha: _____ Firma del Director/Asistente al Director: _____ Escuela de Asistencia: _____

SUPERINTENDENTE/DESIGNADO:

☐ **CONCEDIDO** ☐ **NO CONCEDIDO**

Aprobado por el Superintendente/Designado para el año escolar 2023-2024:

Comentarios:

_____

Firma **Fecha**