

# DENTRO DEL CONDADO

## SOLICITUD DE CAMBIO EN LA ASIGNACIÓN ESCOLAR DEL ESTUDIANTE

### ESCUELAS DEL CONDADO DE ASHE

320 South Street | PO Box 604 | Jefferson, NC 28640 | 336.246.7175

Un estudiante no puede asistir a una escuela fuera de su zona de asistencia sin la aprobación de la Junta de Educación. Se debe completar una copia de este formulario en su totalidad para cada estudiante y enviarlo al menos 15 días antes, o antes del 15 de mayo de cada año, para la fecha de reasignación solicitada al DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESTUDIANTILES. Esta solicitud debe presentarse anualmente. El no hacerlo resultará en que su hijo sea inscrito en la escuela de su zona de asistencia.

#### I. INFORMACIÓN GENERAL

Estudiante: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Padre/Madre/Tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente): \_\_\_\_\_

Grado 2025/2026: \_\_\_\_\_ Grado 2026/2027: \_\_\_\_\_

Escuela asistida 2025/2026: \_\_\_\_\_

Asignación escolar 2026/2027: \_\_\_\_\_

Hermanos en ACS: \_\_\_\_\_

#### II. REASIGNACIÓN SOLICITADA DENTRO DEL CONDADO

De: (Escuela) \_\_\_\_\_ A: (Escuela) \_\_\_\_\_

#### III. RAZÓN DE LA SOLICITUD (Marque todas las que apliquen)

- Dificultad del estudiante (Complete la sección V)
- Necesidades curriculares especiales (Complete la sección V)
- Cambio de residencia (Complete la sección VI)
- Necesidades médicas (Complete la sección V)
- Hijo(a) de empleado de ACS en la escuela: \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

#### IV. EXPLICACIÓN DE LA RAZÓN (Por favor explique en detalle)



**V. VERIFICACIÓN DE NECESIDADES ESPECIALES / DIFICULTAD (A completar por el padre)**

Se solicita una reasignación para este estudiante basada en necesidades curriculares especiales, médicas u otra dificultad. Por favor explique en detalle las "necesidades especiales" y adjunte cualquier documentación médica o psicoeducativa disponible.

**VI. VERIFICACIÓN DE CAMBIO DE DOMICILIO**

Dirección Actual: \_\_\_\_\_

Nueva Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Si es una propiedad alquilada:

Propietario/Casero: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**DECISIÓN DEL DIRECTOR DE SERVICIOS ESTUDIANTILES**

- Aprobada (Cumple con la Política 4150)  
 Denegada (No cumple con la Política 4150)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**APELACIÓN - DECISIÓN DEL SUPERINTENDENTE**

- Aprobada    Denegada

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**APELACIÓN ANTE LA JUNTA - DECISIÓN DE LA JUNTA DE EDUCACIÓN**

- Aprobada    Denegada

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha