Grants Pass School District No. 7
2026-2027
Application for Nonresident Student Admission

Student's Legal Name _____ Birth date _____
Last First Middle

Parent/Guardian Name _____ Primary Phone _____
Last First

Mailing Address _____
Street City State Zip

Secondary Phone_____ Email _____

Is the student currently under expulsion? Yes ☐ No ☐

If yes, what was the reason: _____

I hereby certify the information I have provided is true and I understand that falsely responding to any of the questions herein will result in denial and/or revocation of this application. If my child is admitted, I agree to the conditions attached to this request, **including the responsibility of the parent to provide transportation and of the student to maintain good attendance and behavior.** This admission request may be revoked at any _____time by the receiving district if attendance and behavior requirements are not met.
Initial

_____ **In addition to this form you MUST also file for a release from your resident district.**
Initial

Please note: Not all District programs and services are offered at each school location. Please confirm that your _____school choice has the programs and services to meet the needs of your student.
Initial

If approved, this academic transfer does not constitute eligibility to participate in competitive Interscholastic activities in the receiving school. Eligibility is determined by Oregon School Activities _____Association (OSAA) rules and the Nonresident District's Policy.
Initial

Signature of Parent/Guardian _____ **Date** _____

Please indicate the grade level you are requesting a transfer for. Slots available are on a district-wide basis. We cannot guarantee school preference.

_____ **Grade K**
_____ **Grade 1**
_____ **Grade 2**
_____ **Grade 3**
_____ **Grade 4**
_____ **Grade 5**
_____ **Grade 6**
_____ **Grade 7**
_____ **Grade 8**
_____ **Grade 9**
_____ **Grade 10**
_____ **Grade 11**
_____ **Grade 12**

School Preference _____ **Alternate School Preference**_____

For Office Use Only:

Final Action of Receiving District: □ Approved □ Denied □ Lottery number _____

Reason or comments: _____

Superintendent/Designee: _____ Date: _____

Final Action of Resident District: □ Approved □ Denied

Reason or comments: _____

Superintendent/Designee: _____ Date: _____

Revised 08/18/2025

Distrito Escolar No.7 de Grants Pass
2026-2027
Solicitud de Admisión de Estudiantes No Residentes

Nombre legal del estudiante_____ Fecha de Nacimiento _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Nombre del padre/tutor_____ Teléfono Principal _____
Apellido Primer Nombre

Dirección postal_____ _____
Calle Cuidad Estado Código postal

Teléfono Secundario_____ Correo Electronico _____

¿Se encuentra el estudiante actualmente bajo expulsión? Yes ☐ No ☐

Si es así, ¿cuál fue la razón? _____

Por la presente certifico que la información que he proporcionado es verdadera y entiendo que responder falsamente a cualquiera de las preguntas aquí contenidas resultará en la denegación y/o revocación de esta solicitud. Si mi hijo es admitido, **acepto las condiciones adjuntas a esta solicitud, incluida la responsabilidad de los padres de proporcionar transporte y del estudiante de mantener una buena asistencia y comportamiento**. Esta solicitud de admisión puede ser revocada en cualquier momento por el distrito receptor si no se cumplen los requisitos de asistencia y conducta.

_____
Initial

_____ **Además de este formulario, también DEBE solicitar una liberación de su distrito de residencia.**
Initial

Tenga en cuenta: No todos los programas y servicios del Distrito se ofrecen en cada ubicacíon escolar. Confirme que su elección de escuela tiene los programas y servicios para satisfacer las necesidades de su estudiantes.

_____
Initial

Si se aprueba, esta transferencia académica no constituye elegibilidad para participar en actividades interescolares competitivas en la escuela receptora. La elegibilidad está determinada por las reglas de la Asociación de Actividades Escolares de Oregón (OSAA) y la Política del Distrito de No Residentes.

_____
Initial

Firma del padre / tutor_____ **Fecha**_____

Indique el nivel de grado para el que solicita una transferencia. Los espacios disponibles son para todo el distrito. No podemos garantizar preferencia escolar.

____ **Grado K**	____ **Grado 4**	_____ **Grado 8**	____ **Grado 12**
____ **Grado 1**	____ **Grado 5**	_____ **Grado 9**	
____ **Grado 2**	____ **Grado 6**	____ **Grado 10**	
_____**Grado 3**	____ **Grado 7**	____ **Grado 11**	

Preferencia de escuela _____ **Preferencia de escuela alternativa** _____

For Office Use Only:
Final Action of Receiving District: ☐ Approved ☐ Denied ☐ Lottery number _____

Reason or comments: _____

Superintendent/Designee: _____ Date: _____

Final Action of Resident District: ☐ Approved ☐ Denied

Reason or comments: _____

Superintendent/Designee: _____ Date: _____

Revised 08/18/2025