



School Year 20\_\_ - 20\_\_  
 New  Renewal   
 Region Center \_\_\_\_\_  
 Date \_\_\_\_\_  
 Time \_\_\_\_\_

Transfer Code \_\_\_\_\_  
 Assigned School & Loc. No.  
 (if applicable):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## PARENT CHOICE STUDENT TRANSFER

STUDENT'S NAME (Last) (First) (Middle)			BIRTH DATE	CURRENT GRADE LEVEL	GRADE LEVEL APPLYING TO
I.D. NO.	ADDRESS (No.) (Street) (City) (Zip)				HOME PHONE NO.
E-MAIL ADDRESS					

SCHOOL SERVING RESIDENCE & LOC. NO.	LAST SCHOOL ATTENDED & LOC. NO.	REQUESTED SCHOOL & LOC. NO.			
ALTERNATE SCHOOLS REQUESTED & LOC. NO.					
1.	2.	3.	4.		

FATHER'S/GUARDIAN'S NAME	CELL NO.	MOTHER'S/GUARDIAN'S NAME	CELL NO.
EMPLOYED BY	WORK NO.	EMPLOYED BY	WORK NO.

**Reason for Transfer** (Check all that apply)  Employment (documentation attached)  
 M-DCPS Employee No. \_\_\_\_\_  Sibling ID No. \_\_\_\_\_  Other (use space below)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Student transfer may only be approved when the receiving school Florida Inventory of School Housing (FISH) capacity is below 100 percent.

### PARENT CHOICE STUDENT TRANSFERS WILL NOT BE PROCESSED DURING FTE WEEKS OR STATE-MANDATED ASSESSMENTS.

Whoever knowingly makes a false statement in writing with the intent to mislead a public servant in the performance of his official duty shall be guilty of a misdemeanor of the second degree, punishable as provided in Chapter 775.082, 775.083, or Chapter 775.084. (Chapter 837.06)

I understand that transportation will not be provided. \_\_\_\_\_  
Initial Here

Parent's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Principal's/Administrative Designee's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Reviewed by:	FOR REGION CENTER USE ONLY
PERCENTAGE OF FISH CAPACITY OF RECEIVING SCHOOL _____ %	
PERCENTAGE OF FISH CAPACITY OF SENDING SCHOOL _____ %	
RECOMMENDATION _____ _____ _____	
<input type="checkbox"/> APPROVED <input type="checkbox"/> DENIED	_____ (Date)
_____ (Signature of Region Superintendent or Designee)	

ALTERNATE SCHOOLS OFFERED & LOC. NO.			
1.	2.	3.	4.
<input type="checkbox"/> NAME OF PARENT NOTIFIED _____		DATE NOTIFIED _____	
RECEIVING REGION CENTER (If applicable) _____		PROCESSED BY _____	

COMPLETE REVERSE SIDE

Please read carefully and sign to indicate your understanding and agreement.

- A. I understand that all requests for transfers require appropriate documentation.
- B. If my child receives a transfer, I understand that:
  - 1. This assignment is for the current school year and I will be responsible for providing transportation to the new school assignment.
  - 2. A parent choice student transfer may be denied or revoked at any time due to poor attendance, tardiness, disruptive behavior, or overcrowding.
  - 3. If a student does not enroll in the new school (to which the transfer has been granted) within ten (10) school days of the date of the District's approval of that transfer, that student's transfer will be revoked. Those transfers which were approved during the summer transfer period must be used during the first ten (10) days of the school year or they will be revoked.

\_\_\_\_\_

Parent's Signature

\_\_\_\_\_

Date



Curso escolar 20\_\_ - 20\_\_  
 Nuevo  Renovación   
 Centro Regional \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_  
 Hora: \_\_\_\_\_

## TRASLADOS DE SELECCIÓN POR PADRES DE FAMILIA

Código de Traslado \_\_\_\_\_  
 Escuela asignada y No. de localización  
 (si corresponde): \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL(DE LA) ESTUDIANTE (Apellido)	(Primer nombre)	(Segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Nivel de grado actual	Nivel de grado que solicita
---	-----------------	------------------	---------------------	-----------------------	-----------------------------

No. de Identificación	DIRECCIÓN (No.)	(Calle)	(Ciudad)	(Código Postal)	TELÉFONO DEL HOGAR
-----------------------	-----------------	---------	----------	-----------------	--------------------

DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

ESCUELA QUE PRESTA SERVICIO Y NO. DE LOC.	ÚLTIMA ESCUELA A LA QUE ASISTIÓ Y NO. DEL CENTRO DE TRABAJO	ESCUELA SOLICITADA Y NO. DE LOC.
---	---	----------------------------------

ESCUELAS ALTERNAS QUE SE SOLICITAN Y NO. DEL CENTRO DE TRABAJO

1.	2.	3.	4.
----	----	----	----

NOMBRE DEL PADRE/DEL TUTOR	NO. DEL TELÉFONO CELULAR	NOMBRE DE LA MADRE/DE LA TUTORA	NO. DEL TELÉFONO CELULAR
EMPLEADO POR	NO. DEL TELÉFONO DEL EMPLEO	EMPLEADA POR	NO. DEL TELÉFONO DEL EMPLEO

**Motivo por el traslado** (Seleccionar todos los que correspondan)  Empleo (documentación adjunta)

No. de Empleado de M-DCPS \_\_\_\_\_

No. de identificación del hermano o hermana \_\_\_\_\_  Otro (Utilice el espacio a continuación)

El traslado del estudiante solamente puede ser aprobado cuando la capacidad permitida por el Inventario de **Instalaciones Escolares de la Florida (FISH, por sus siglas en inglés)** se encuentre por debajo de **100 por ciento**.

**TRANSFERENCIAS A PETICIÓN DE LOS PADRES NO SERÁN PROCESADAS DURANTE LAS SEMANAS DE FTE O DURANTE EL PERÍODO DE EVALUACIONES MANDADAS POR EL ESTADO.**

**Cualquiera que a sabiendas haga una declaración falsa por escrito con la intención de engañar a un funcionario público en el desempeño de sus deberes oficiales será culpable de un delito menor de segundo grado, punible según FS 775.082 o FS 775.083, FS 775.084 (Estatuto de la Florida 837.06).**

Es de mi conocimiento que no se prestará servicios de Transporte. \_\_\_\_\_

Firma del padre/de la madre \_\_\_\_\_ Inicial aquí \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Director(a)/Delegado(a) Administrativo(a) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Repasado por: \_\_\_\_\_ PARA EL USO DEL CENTRO REGIONAL SOLAMENTE

PORCENTAJE DE CAPACIDAD PERMITIDA (FISH) DE LA ESCUELA QUE RECIBE \_\_\_\_\_ %

PORCENTAJE DE CAPACIDAD PERMITIDA (FISH) DE LA ESCUELA QUE ENVÍA \_\_\_\_\_ %

RECOMENDACIÓN \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

APROBADO  DENEGADO \_\_\_\_\_

*(Firma del(de la) Superintendente del Centro Regional o de la persona designada)* \_\_\_\_\_ *(Fecha)* \_\_\_\_\_

ESCUELAS ALTERNAS QUE SE OFRECEN Y NO. DEL CENTRO DE TRABAJO

1.	2.	3.	4.
----	----	----	----

NOMBRE DEL PADRE DE FAMILIA QUE HA SIDO NOTIFICADO(A) \_\_\_\_\_

FECHA DE NOTIFICACIÓN \_\_\_\_\_ CENTRO REGIONAL QUE RECIBE \_\_\_\_\_

SOLICITUD PROCESADA POR \_\_\_\_\_ *(Si corresponde)*

**POR FAVOR, RELLENE EL CUESTIONARIO AL DORSO**

Por favor lea cuidadosamente y firme para indicar que usted ha comprendido lo que ha leído y que lo acepta.

- A. Comprendo que todas las solicitudes de traslado requieren documentación válida.
- B. Si a mi hijo(a) se le concede el traslado, comprendo que:
  - 1. Esta asignación es válida para el presente curso escolar y que tendré la responsabilidad de proporcionar el transporte a la nueva escuela al que sea asignado(a).
  - 2. Los traslados de selección por los padres de familia pueden ser negados o revocados en cualquier momento debido a demasiadas ausencias, llegadas tardes, mal comportamiento o superpoblación estudiantil.
  - 3. Se revocará el traslado del estudiante, si no se matricularse en la escuela (a la cual se ha otorgado el traslado) en diez (10) días escolares a partir de la fecha en que el Distrito aprobó el traslado. Los estudiantes que obtuvieron la aprobación del traslado durante el período de verano tienen los primeros diez (10) días del curso escolar para matricularse o los traslados se revocarán.

---

Firma del padre/de la madre

---

Fecha



Silvouplè li sa k ap suiv la avèk atansyon e siyen li pou montre ou konprann li e ou dakò ak li.

- A. Mwen konprann tout demand pou transfè mande dokimantasyon ki apwopriye.
- B. Si pitit mwen resevwa yon transfè, mwen konprann:
  - 1. Plasman sa a se pou ane lekòl sa a e mwen responsab pou m bay transpòtasyon pou ale nan nouvo lekòl la.
  - 2. Yo ka refize oubyen anile chwa paran pou transfè elèv a nenpòt lè akòz absans, reta, move konduit, oubyen twòp elèv.
  - 3. Si yon elèv pa enskri nan nouvo lekòl (kote yo te transfere li a) nan espas dis (10) jou lekòl, soti nan dat Distri a te apwouve transfè a, y ap anile transfè elèv sa a. Yo dwe itilize transfè yo te apwouve nan peryòd transfè ete a pandan dis (10) premye jou ane lekòl la, sinon y ap anile yo.

---

Siyati Paran

---

Dat