



**SOLICITUD DE CAMBIO DE ASIGNACIÓN DE ESTUDIANTES DENTRO DEL CONDADO DE ASHE**  
ASHE COUNTY SCHOOLS  
320 South Street  
PO Box 604  
Jefferson, NC 28640  
336.246.7175

Un estudiante no puede asistir a una escuela fuera del área de su residencia sin la aprobación de la Junta de Educación. Una copia de este formulario debe ser completado en su totalidad, para cada estudiante, y presentarse al menos 15 días antes de la fecha de reasignación solicitada al **DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESTUDIANTILES** en la dirección indicada anteriormente.

---

---

**I. INFORMACIÓN GENERAL**

Estudiante: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado 2019/2020: \_\_\_\_\_ Grado 2020/2021: \_\_\_\_\_

Padre / Tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

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

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

Escuela que asistió durante el año escolar 2019/2020 \_\_\_\_\_

Asignación para el curso escolar 2020/2021 \_\_\_\_\_

Hermanos que actualmente asisten a escuelas dentro del Condado de Ashe \_\_\_\_\_

---

---

**II. REASIGNACIÓN SOLICITADA DENTRO DEL CONDADO**

Desde: La Escuela \_\_\_\_\_ Para: La Escuela \_\_\_\_\_

---

---

**III. MOTIVO DE LA SOLICITUD (Marque todas las razones aplicables)**

_____ Dificultad en la Familia (Llene la sección V)	_____ Necesidades Médicas (Llene la sección V)
_____ Necesidades Especiales (Llene la sección V)	_____ Niños de Personal en la escuela _____
_____ Cambio de Residencia (sección VI completo)	_____ Otros

---

---

Por favor, explique la razón(es) para esta solicitud en el siguiente formulario, complete la **Parte V o VI**, en la parte posterior de la forma (si es necesario), y adjuntar la documentación de apoyo.

**IV. RAZON DE LA PETICION (por favor explique en detalle)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**V. VERIFICACIÓN DE NECESIDADES ESPECIALES /CONDICIONES DE VIDA DIFÍCILES DEL ESTUDIANTE (Para ser completado por los padres)**

Se solicita una reasignación de lanzamiento para este estudiante en base a plan de estudios especiales o necesidades médicas o de otras dificultades. Por favor, explique en detalle las "necesidades especiales", y adjuntar cualquier documentación de apoyo médico o psico-educativa disponible.

---

---

---

---

---

---

---

---

**VI. VERIFICACIÓN DE CAMBIO DE DIRECCIÓN**

\_\_\_\_\_  
Dirección Actual

\_\_\_\_\_  
Dirección Nueva

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Teléfono

Si usted alquila su propiedad:

\_\_\_\_\_  
Dueño

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Dueño

\_\_\_\_\_  
Teléfono

---

---

**ESTA PARTE SER LLENADA POR LA OFICINA CENTRAL**

**DECISION OF THE STUDENT SERVICES DIRECTOR**

This request is

\_\_\_\_ Approved (Meets Board Policy 4150)

\_\_\_\_ Denied (Does not meet Board Policy 4150 and is therefore denied)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

---

**APPEAL  
DECISION OF THE SUPERINTENDENT**

This request is

\_\_\_\_ Approved

\_\_\_\_ Denied

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

---

**BOARD APPEAL  
DECISION OF THE BOARD OF EDUCATION**

This request is

\_\_\_\_ Approved

\_\_\_\_ Denied

Date \_\_\_\_\_