



## REQUEST FOR INTRA-DISTRICT TRANSFER/PLACEMENT

Note: One student to a form. Please complete a new form for each student requesting.

**IMPORTANT INFORMATION:**

- **If you have moved out of the School District of Jefferson, do not complete this form. A separate form is required. Please contact your school office or the District's Open Enrollment Coordinator for more information.**
- Return the completed form to the Superintendent at 206 S Taft Avenue, Jefferson, WI or via email: urnessc@sdoj.org
- Approval is granted on an annual basis based on space availability. Reapplication is **not** required each year.
- Once a request is approved, the student shall remain in that elementary school until a new Request for Intra-District Transfer is submitted, or the student moves to the middle school.

This request is being made for the 20\_\_\_\_ - 20\_\_\_\_ school year.

Student Name \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Grade (for school year request is being made) \_\_\_\_\_

Current School \_\_\_\_\_ Assigned School \_\_\_\_\_ Requested School \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Name \_\_\_\_\_

Physical Address \_\_\_\_\_

Primary Phone \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**PLEASE ANSWER ALL QUESTIONS:**

- Yes  No Does the student receive special education services?
- Yes  No If yes, does the student have an individualized education program (IEP)?
- Yes  No Does the student receive English Language Learner (ELL) services?

**REASON(S) FOR TRANSFER (Select all that apply):**

- Attended in previous school year and have moved to a new attendance area school. Date of move: \_\_\_\_\_
- Sibling(s) already attending. Please list name(s)/grade(s): \_\_\_\_\_
- Childcare (please list provider): \_\_\_\_\_
- Other (please explain): \_\_\_\_\_

**By signing below, I acknowledge that I understand and will abide by the following conditions:**

- I have read Administrative Guideline 5120: Assignment to School, Class, and Grade
- I understand that I am responsible for providing my child's timely transportation to/from school (except where provided by law).
- I understand if at any time discipline or attendance issues arise for my child, the district reserves the right to require my child to attend our home attendance area school.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**ADMINISTRATIVE USE ONLY**

Superintendent Signature:			Date:
<input type="checkbox"/> Approved   School:	<input type="checkbox"/> Denied   Reason:		
Current Principal:		Receiving Principal:	
<i>If applicable</i> SE Recommendation:	Signature:	Date:	

Route to:  Student file  ELL Teacher  Director of Special Ed  Receiving Principal  Home Principal



### SOLICITUD DE TRANSFERENCIA/COLOCACIÓN DENTRO DEL DISTRITO

Nota: Un estudiante por formulario. Complete un nuevo formulario para cada estudiante que lo solicite.

**INFORMACIÓN IMPORTANTE:**

- Si se mudó fuera del Distrito Escolar de Jefferson, no complete este formulario. Se requiere un formulario separado. Comuníquese con la oficina de su escuela o con el Coordinador de Inscripción Abierta del Distrito para obtener más información.
- Devuelva el formulario completado al superintendente en 206 S Taft Avenue, Jefferson, WI o por correo electrónico: urnessc@sdoj.org
- La aprobación se otorga anualmente según la disponibilidad de espacio. **No** es necesario aplicar de nuevo cada año.
- Una vez que se apruebe una solicitud, el estudiante permanecerá en esa escuela primaria hasta que se presente una nueva solicitud de transferencia dentro del distrito o hasta que el estudiante se transfiera a la escuela intermedia.

Esta solicitud se realiza para el 20 \_\_\_\_ - 20 \_\_\_\_ año escolar.

Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Año (para el año de solicitud) \_\_\_\_\_

Escuela actual \_\_\_\_\_ Escuela asignada \_\_\_\_\_ Escuela solicitada \_\_\_\_\_

Nombre de padre/tutor \_\_\_\_\_

Dirección física \_\_\_\_\_

Número telefónico \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**POR FAVOR RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS:**

- Sí  No ¿Recibe el/la estudiante servicios de educación especial?
- Sí  No En caso afirmativo, ¿tiene el/la estudiante un programa de educación individualizado (IEP)?
- Sí  No ¿Recibe el/la estudiante servicios para estudiantes del idioma inglés (ELL)?

**MOTIVO(S) DE LA TRANSFERENCIA (Seleccione todo lo que corresponda):**

- Asistió el año escolar anterior y se mudó a una nueva escuela del área de asistencia. Fecha de mudanza: \_\_\_\_\_
- Hermano(s) que ya asisten. Por favor indique el(los) nombre(s)/grado(s): \_\_\_\_\_
- Cuidado de niños (indique el proveedor): \_\_\_\_\_
- Otro (por favor explique): \_\_\_\_\_

**Al firmar a continuación, reconozco que entiendo y cumpliré con las siguientes condiciones:**

- He leído Directriz Administrativa 5120: Asignación de escuela, clase y grado
- Entiendo que soy responsable de proporcionar transporte oportuno a mi hijo hacia y desde la escuela (excepto donde lo establezca la ley).
- Entiendo que si en algún momento surgen problemas de disciplina o asistencia para mi hijo/a, el distrito se reserva el derecho de exigir que mi hijo/a asista a nuestra escuela del área de asistencia local.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

SÓLO PARA USO ADMINISTRATIVO   ADMINISTRATIVE USE ONLY		
Superintendent Signature:		Date:
<input type="checkbox"/> Approved   School:	<input type="checkbox"/> Denied   Reason:	
Current Principal:	Receiving Principal:	
<i>If applicable</i> SE Recommendation:	Signature:	Date:

Route to:  Student file  ELL Teacher  Director of Special Ed  Receiving Principal  Home Principal