

KEMP INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

NONRESIDENT STUDENT REQUEST TO TRANSFER INTO THE DISTRICT

Student's name: _____ School Year: **2018-19**

SS# _____ Date of Birth _____ Grade Level (PK -12) _____

Ethnicity: _____ Ethnicity Code: Enter the appropriate ethnic code using the following designations:

(1) American Indian or Alaskan Native, (2) Asian or Pacific Islander, (3) Black, not Hispanic, (4) Hispanic, (5) White, not Hispanic

Current physical address: _____

School district & campus in which student lives: _____

Reason for transfer request: _____

Is either parent employed by the Kemp ISD? YES NO

Has the student ever been enrolled in Kemp ISD? YES NO If so, when? _____

Student's attendance record:

- How many days was the student absent in the school year prior to the year for which a transfer is requested? _____ Name of District & Campus attended _____
- If this request is for a transfer during a school year, how many days has the student missed in the current school year? _____ Name of District & Campus attended _____
- If the student missed more than 10% of the days in the school year, please provide an explanation: _____

Has the student been expelled or removed to a DAEP for one or more days in the most recent school year? YES NO During the preceding year? YES NO

If yes to either question, for what offense(s)? _____

This section must be completed by parent or guardian:

As a parent or person standing in the position of legal responsibility for the child named in this request, I acknowledge that I have received a copy of Kemp ISD's policies FDA (Legal) and FDA (Local). The information provided in this form is true and factual to the best of my knowledge, and I understand that if any of this information is ever found to be incorrect, this application may be denied or revoked.

I give permission for my child's previous school to release attendance and discipline information to be used in considering this application.

Print Name _____

Signed _____
(Parent/Guardian's Signature)

Mailing Address _____

City, State, Zip _____ Phone: _____

This section must be completed by the receiving district superintendent:

The above transfer(s) was approved disapproved on this _____ day of _____ 20__ .

Superintendent

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE KEMP

ESTUDIANTE NO RESIDENTE SOLICITUD DE TRANSFERENCIA EN EL DISTRITO

Nombre del estudiante: _____ curso: **2018-19**

Número _____ Fecha de nacimiento _____ grado _____ nivel (PK -12)

Grupo étnico: ____ grupo étnico código: Entrar el código étnico adecuado usando las designaciones siguientes:

(1) indio americano o nativo de Alaska, (2) Asia o islas del Pacífico, negro (3), no hispano, (4) Hispano, (5) blanco, no hispano

Dirección física actual: _____

Distrito de la escuela y campus en el que vive de estudiante: _____

Motivo de solicitud de transferencia: _____

Es cualquiera de los padres empleado por el ISD Kemp? Si NO

Ha el estudiante jamás se han inscrito en Kemp ISD? Si NO Si, cuando? _____

Registro de asistencia del estudiante:

- ¿Cuántos días fue el estudiante ausente en el año escolar antes del año para el cual se solicita una transferencia? ____ Name de distrito y Campus asistieron a _____
- Si esta solicitud es para una transferencia durante un año escolar, ¿cuántos días ha el estudiante perdido en el actual año escolar? ____ Name de attended _____ distrito y Campus _____
- Si el estudiante perdió más del 10% de los días en el año escolar, por favor proporcione una explicación: _____

Se el estudiante ha expulsado o retirado a un DAEP por uno o más días en el año escolar más reciente?

Si NO durante el año anterior? Si NO

¿Si es sí a cualquiera pregunta, por qué delito? _____

Esta sección debe ser completada por el padre o tutor: como padre o persona en la posición de responsabilidad legal para el niño nombrado en esta solicitud, reconozco que he recibido una copia de las políticas de Kemp ISD FDA (Legal) y FDA (Local). La información proporcionada en este formulario es verdadera y objetiva a lo mejor de mi conocimiento y entiendo que si alguna vez de esta información resulta para ser incorrecta, esta aplicación puede ser negada o revocada.

Doy permiso a mi anterior Escuela liberar información de disciplina y atención en considerar esta aplicación.

Imprimir nombre _____

firmado (firma del padre/tutor) correo _____

dirección ciudad, estado, código postal _____

Teléfono _____