

Para uso de la escuela solamente

Grade Attending

Date Rec:

Time:

Español

Debe estar en nuestra oficina antes de: **May 15, 2008**

DISTRITO ESCOLAR MUNICIPAL DE STAFFORD

Número del Distrito y Condado: 079-910

Solicitud de Matrícula Limitada para alumnos matriculados actualmente

Por favor llene una forma para cada alumno.

Primaria
 Elemental
 Intermedia
 Secundaria
 Preparatoria

Nombre del alumno: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Apellido Nombre Segundo Nombre

No. de Seguro Social: _____ Sexo: _____ Femenino _____ Masculino Raza:

Nativo Americano
 Asiático o de las Islas del Pacífico
 Afro-Americano
 Hispano
 Blanco

Nombre de la escuela a la que asiste este año: _____

Grado más reciente que cursó: _____

Nombre del distrito escolar en el que reside: _____

Escuela a la que le corresponde asistir: _____

Código de la escuela: _____ Fecha de matrícula: _____

Razón por la que solicita su transferencia: _____

Nombre del padre o tutor legal: _____

Apellido Nombre Segundo Nombre

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

No. Teléfono de Casa: _____ No. Teléfono de trabajo del papá: _____

No. Teléfono del trabajo de la mamá _____ No. Teléfono celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Por favor marque las oraciones apropiadas:

Mi hijo estuvo registrado o está asistiendo a un programa disciplinario de educación alternativa durante este año o el año pasado.

Mi hijo recibió los siguientes servicios en el Distrito Escolar Municipal de Stafford:

- | | |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Programa de Dotado y Talentoso | <input type="checkbox"/> Pre-Jardín de Niños |
| <input type="checkbox"/> Instrucción de Título I | <input type="checkbox"/> Educación Especial marque todos los que apliquen) |
| <input type="checkbox"/> Consejería | <input type="checkbox"/> Terapia del Habla <input type="checkbox"/> Recursos especiales |
| <input type="checkbox"/> Sección 504 | <input type="checkbox"/> Inclusión or Educación Regular <input type="checkbox"/> Self-contained Classroom |
| <input type="checkbox"/> Programa de Dislexia | <input type="checkbox"/> Content Mastery <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Bilingüe o Inglés como Segundo idioma | <input type="checkbox"/> Terapia Física <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Mi hijo no recibió servicios de los mencionados anteriormente.

Date received at Adm.

MATRICULA PARA ALUMNOS QUE RESIDEN FUERA DEL DISTRITO ESCOLAR MUNICIPAL DE STAFFORD

Las personas que no residen en nuestro distrito pueden matricular sus hijos en nuestro distrito libres de cargos, de acuerdo a las siguientes estipulaciones:

1. Anualmente, el superintendente puede designar un tiempo para matrícula abierta, el cual puede ser extendido.
2. Las solicitudes para matrícula deben ser aprobadas de acuerdo a los requisitos establecidos por la administración.
3. El distrito puede asignar al alumno a la escuela requerida basados en espacio y personal disponible.

No se aprobará una solicitud de transferencia si ella limitará oportunidades educativas de nuestros residents.

El Superintendente o la persona designada por él tiene la autoridad de aceptar o rechazar cualquier solicitud de transferencia, siendo esta acción sin discriminación por raza, religión, sexo, minusvalía, o nacionalidad de origen.

REVOCACION El Superintendente o la persona designada por él tiene la autoridad para revocar la transferencia. Los alumnos que son transferido a nuestro distrito deben seguir todas las reglas y regulaciones del distrito, incluyendo y no limitado a, Pólizas y Regulaciones del Distrito, Código de Conducta del Alumno, requisitos de asistencia. El no cumplir con esas responsabilidades resultará en la revocación inmediata del contrato de transferencia.

Por favor ponga sus iniciales:

_____ Entiendo que, si es aprobado, esta solicitud está condicionada al rendimiento académico del alumno, a la conducta y al record de asistencia.

_____ Entiendo que los padres son responsables por proveer transportación a la escuela o a la parada más cercana de los autobuses de nuestro distrito.

_____ Entiendo que la falsificación de información es un delito menor Clase A y puede llevarme a una acción legal.

_____ Recibí una copia de los requisitos de elegibilidad de UIL par alas competencias atléticas.

_____ Entiendo que recibiré una copia de las pólizas y reglas y regulaciones administrativas sobre las tranferencias de los alumnos al ser notificada de la aeptación o el rechazo de la solicitud.

Firma del Padre o Tutor Legal

Fecha

Para Uso del Distrito Solamente

_____	_____	[] APPROVED	[] DISAPPROVED
Enrollment Committee Administrator	Date	[] APPROVED WITH STIPULATION	

Stipulation, if any: _____

School Assigned: _____

This transfer is effective for the _____ school year.

_____	_____	[] APPROVED	[] DISAPPROVED
Superintendent or Superintendent's designee's signature	Date	[] APPROVED WITH STIPULATION	

Date notification mailed from campus: _____

For Campus Office Use Only

Grade Attending

Date Rec:

Time:

English

Due in our office by: May 15, 2008

STAFFORD MUNICIPAL SCHOOL DISTRICT

County-District Number 079-910

Application for Current Limited Open Enrollment Students

Please complete a separate form for each student.

Primary Elementary Intermediate Middle High

Student's name: _____ Date of Birth: _____
Last First Middle

Student's SS#: _____ Student's ethnicity: _____ Female _____ Male

Native American Asian or Pacific Islander African American Hispanic White

Name of school attended this year: _____

Student's most recent grade level attended: _____

Name of school district in which you reside: _____

Name of school student would attend at present address: _____

School Code: _____ Date Enrolled: _____

Reason for transfer request: _____

Printed parent or guardian name: _____
Last First Middle

Street address: _____

City, state, zip code: _____

Home Phone: _____ Father work: _____ Mother work: _____

E-mail address: _____ Cell phone: _____

Please check the appropriate statements:

My child was enrolled or attended a disciplinary alternative education program (DAEP) during the present or last school year.

My child received the following services at the Stafford MSD:

- Gifted/Talented Program
- Pre-Kindergarten
- Title I Instruction
- Special Education (please check all that apply)
- Counseling
- Speech Therapy
- Resource Room
- Section 504 Placement
- Inclusion or Regular Education
- Self-contained Classroom
- Dyslexia Program
- Content Mastery
- Occupational Therapy
- Bilingual or English as a Second Language
- Physical Therapy
- Other: _____

My child received none of the services described above.

Date received at Adm.

SMSD OUT-OF-DISTRICT ENROLLMENT

Nonresidents may enroll their children in District schools with no tuition charge, according to the following stipulations:

- 4. Annually, the superintendent may designate an open enrollment period that may be extended or re-opened.
- 5. Application for enrollment is subject to approval based on established administrative regulations.
- 6. The District shall then assign the student to the school requested based on available space and staff capacity.

A transfer shall not be approved that would limit the educational opportunities of resident students.

The Superintendent or Superintendent's designee has the authority to accept or reject any transfer request, provided that such action is without regard to race, ethnicity, religion, sex, disability, or national origin.

Transportation shall not be provided for inter-district transfer students.

REVOCAATION The Superintendent or Superintendent's designee has the authority to revoke the transfer. Students who transfer into the District shall follow all rules and regulations of the District, including, but not limited to, District policies and regulations, the Student Code of Conduct, and attendance requirements. Failure to fulfill any of these responsibilities may result in the immediate revocation of the transfer agreement.

Please initial the following:

- _____ I understand that, if approved, this request is granted conditionally on student academic performance, conduct, and attendance.
- _____ I understand that parents are responsible for arranging transportation to school or to the nearest District bus route.
- _____ I understand that falsification of information is a Class A Misdemeanor and can lead to legal action.
- _____ I have received a copy of UIL eligibility requirements for athletic competition.
- _____ I understand that I will receive a copy of the policy and administrative rules and regulations regarding student transfers when I am notified of acceptance or non-acceptance.

Parent or Guardian signature

Date

For District Use Only

Enrollment Committee Administrator _____ Date _____

[] APPROVED [] DISAPPROVED
[] APPROVED WITH STIPULATION

Stipulation, if any: _____

School Assigned: _____

This transfer is effective for the _____ school year.

Superintendent or Superintendent's designee's signature _____ Date _____

[] APPROVED [] DISAPPROVED
[] APPROVED WITH STIPULATION

Date notification mailed from campus: _____