



ESCUELAS PÚBLICAS DE NEW BEDFORD

SOLICITUD DE CAMBIO DE ESCUELA ASIGNADA (COSA) (Residentes de New Bedford)

AÑO ESCOLAR: _____

Instrucciones: Complete y someta este formulario a la Oficina de Servicios Estudiantiles - Oficina 135 (Fax 774-206-4808), Escuelas Públicas de New Bedford, 455 County Street, antes del **1 de mayo**.

_____	_____	_____	____/____/____	_____
Apellido del Estudiante	Primer Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	Grado (En Sept.)
_____	_____	_____	____/____/____	_____
Apellido del Estudiante	Primer Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	Grado (En Sept.)
_____	_____	_____	____/____/____	_____
Apellido del Estudiante	Primer Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	Grado (En Sept.)

_____	_____
Dirección del Hogar	Teléfono

Correo Electrónico

_____	_____
Escuela de la Comunidad	Escuela a la que asiste actualmente

Escuela Solicitada

Padre: _____	Madre: _____
--------------	--------------

Teléfono Personal: _____	Teléfono Personal: _____
--------------------------	--------------------------

Teléfono del Trabajo: _____	Teléfono del Trabajo: _____
-----------------------------	-----------------------------

El formulario de petición debe ser entregado no más tarde del **1 de mayo** de cada año escolar. En ausencia de circunstancias atenuantes, las aplicaciones entregadas después de la fecha no serán procesadas. La solicitud puede ser otorgada si hay cupo disponible. NBPS requiere que los estudiantes se adhieran a la Disciplina de Asistencia y otras políticas escolares. Los Padres/Encargados serán notificados por escrito antes del 1 de junio.

RAZÓN PARA LA SOLICITUD (Marque la opción que aplique)

Tiene hermanos en la escuela solicitada
Nombre/ Grado del Hermano(a) 1 _____
Nombre/ Grado del Hermano(a) 2 _____

Mudanza Familiar
Completará solo este año escolar debido a la mudanza familiar.

Dificultad Única o Médica
Debe someter documentación que pueda verificarse junto con esta solicitud.

Firma de la Escuela [Presione aquí para la Aplicación de Firma de la Escuela](#)
Se necesita declaración escrita adicional (vea el anexo).

Otro Por favor Explique: _____

Entiendo que si esta solicitud fuera aprobada, debería proveer mi propio transporte a la nueva escuela.

Firma de Padres/Encargados _____	Fecha ____/____/____
----------------------------------	----------------------

Office Use Only: ** Check ALL those that apply and ask Special Education and English Learner Education Offices to confirm:

SPED <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	EL <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Homeless/Foster/Migrant <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Review by Principal: <input type="checkbox"/> YES (initials) _____ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Approved- to the end of school year only	
COSA Approved by Central Administration <input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> Denied Reason _____	
By: _____ Date: ____/____/____	Entry into ASPEN by _____	

(PRAB Administrator) 1.31.2024