Metropolitan School District of Wayne Township
SOLICITUD INTERNA DE TRANSFERENCIA
Año Escolar: 2023-2024

Nombre y Apellido del Estudiante: _____ **Grado:** _____

_____ **Grado:** _____

Escuela Domiciliaria: _____ **Escuela de Traslado(a):**_____

¿Asistió el estudiante a esta escuela de traslado el año pasado? **Sí**_____ **No**_____

Para nuevos estudiantes transferidos dentro del distrito: Por favor seleccione dos escuelas en su orden de preferencia: Prioridad 1 y 2.

___ Bridgeport **___ Chapel Glen** **___ Chapelwood** **___Garden City**

___ Maplewood **___ McClelland** **___ North Wayne** **___ Rhoades**

___ Robey **___ Stout Field** **___ Westlake**

Nombre del/de los Padre(s):_____

Dirección: _____ **Ciudad/Código Postal:**_____

Teléfono: (Celular/Localizador)_____

Nombre de Guardería de Niños/Niñera (si es aplicable)**:**_____

Dirección: _____ **Ciudad/Código Postal:**_____

Teléfono: _____

Razón por su petición de Traslado: _____

_____

Firma del Padre: _____ **Fecha:** _____

Retornar a: Lisa Carter, MSD of Wayne Twp., 1220 S. High School Rd., Indianapolis, IN 46241

_____ _____
Firma principal **Fecha**

_____ _____ ☐ **Aprobado por** ☐ **Negado**
Asistente del Superintendente de educación primaria **Fecha**