

## خدمات البرامج الأكاديمية المتقدمة بدوام كامل أستمارة النقل/إعادة التفعيل

الأسم الكامل للطالب \_\_\_\_\_

رقم هوية الطالب \_\_\_\_\_ المرحلة الدراسية الحالية \_\_\_\_\_

أسم ولي الأمر/ الوصي الشرعي \_\_\_\_\_

عنوان الطالب \_\_\_\_\_

المدينة \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_ عنوان جديد؟ \_\_\_\_\_

رقم هاتف المنزل \_\_\_\_\_ رقم الهاتف المحمول \_\_\_\_\_

عنوان البريد الإلكتروني \_\_\_\_\_

المدرسة الحالية \_\_\_\_\_ المدرسة الأساسية \_\_\_\_\_

لأغراض التوظيف، يجب تقديم هذه الإستمارة قبل يوم **15 مايو/أيار** للتنسيب للعام الدراسي المقبل. عند اتخاذكم القرار، لا يمكنكم تغيير هذا المكان الدراسي لمدة سنة دراسية واحدة.

المدرسة الجديدة \_\_\_\_\_ نافذ من تأريخ \_\_\_\_\_

توقيع ولي أمر الطالب/الوصي الشرعي \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

يرجى إعادة الإستمارة إلى:

FCPS, Advanced Academic Programs  
8270 Willow Oaks Corporate Drive  
Fairfax, VA 22031  
(571) 423-4740

فاكس: (703) 279-5208  
البريد الإلكتروني: AAP@fcps.edu

### For Office Use Only

Date Received \_\_\_\_\_

Confirm Eligibility \_\_\_\_\_

Date notified school(s) \_\_\_\_\_

Date notified transportation \_\_\_\_\_

Processed by \_\_\_\_\_