

高级学习项目全日制服务 转学/重新激活表格

学生全名 _____

学号 _____ 目前就读年级 _____

家长/监护人 _____

学生住址 _____

城市 _____ 邮编 _____ 新住址吗? _____

住宅电话号码 _____ 手机号码 _____

电邮地址 _____

目前就读学校 _____ 基地学校 _____

出于人员配置的考虑，本表格必须在 **5月15日** 之前提交，以便为下一学年进行安置。一旦您做出承诺，您在一学年内不得改变安排。

新学校 _____ 生效日期 _____

家长/监护人签字 _____ 日期 _____

请把表格寄回到:

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

传真: (703) 279-5208

电邮: AAP@fcps.edu

For Office Use Only

Date Received _____

Confirm Eligibility _____

Date notified school(s) _____

Date notified transportation _____

Processed by _____