

خدمات تمام وقت برنامه آکادمی پیشرفته
فرم انتقال/فعال سازی مجدد

نام دانش آموز _____

شماره شناسایی _____ پایه فعلی _____

والدین/سرپرستان _____

آدرس دانش آموز _____

شهر _____ کد پستی _____ آدرس جدید؟ _____

شماره تلفن منزل _____ شماره تلفن همراه _____

آدرس ایمیل _____

مدرسه فعلی _____ مدرسه اصلی _____

جهت تعیین تعداد کارکنان مورد نیاز، این فرم باید تا **15 مه** برای تعیین سطح در سال تحصیلی آینده ارسال گردد. بعد از تصمیم گیری، نمی توانید تصمیم خود را به مدت یک سال تحصیلی تغییر دهید.

مدرسه جدید _____ تاریخ شروع _____

امضاء ولی/سرپرست _____ تاریخ _____

لطفاً این فرم را به آدرس زیر ارسال کنید:

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

فکس (703) 5208-279
ایمیل: AAP@fcps.edu

For Office Use Only

Date Received _____

Confirm Eligibility _____

Date notified school(s) _____

Date notified transportation _____

Processed by _____