

Programa Académico Avanzado-Servicios de tiempo completo

Formulario de Tranferencia / Reactivación

Nombre completo del alumno _____

Nº de ident. del alumno _____ Grado actual _____

Padre, madre o tutor legal _____

Dirección del alumno _____

Ciudad _____ Código postal _____ ¿Nueva dirección? _____

Teléfono de la casa _____ Teléfono celular _____

Dirección electrónica _____

Escuela actual _____ Escuela base _____

A efectos de contratar al debido personal, este formulario debe presentarse antes del **15 de mayo** para poder asignar al alumno al siguiente año escolar. Una vez tome su decisión definitiva, no podrá cambiar la asignación por un año académico.

Nueva escuela _____ Fecha en que entra en vigor _____

Firma del padre/madre/tutor legal _____ Fecha _____

Por favor, devolver a:

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

FAX: 703-279-5208

Por correo electrónico: AAP@fcps.edu

Sólo para uso de la oficina

Date Received _____

Confirm Eligibility _____

Date notified school(s) _____

Date notified transportation _____

Processed by _____