



Administration Building  
286 Main Street  
Pawtucket, Rhode Island 02862-0388  
Phone: (401) 729-6300 | Fax: (401) 727-1641 | TDD: (401) 729-6338

## **Transfer Request Procedure**

Once you have the transfer request filled out, please mail the completed form to:

***Pawtucket School Department  
Assistant Superintendent's Office  
286 Main Street Pawtucket, RI 02862***

.....

## **Procedimiento de Solicitud de Transferencia**

Una vez que haya completado la solicitud de transferencia, envíe por correo el formulario completo a:

***Pawtucket School Department  
Assistant Superintendent's Office  
286 Main Street Pawtucket, RI 02862***

Student ID# \_\_\_\_\_

## TRANSFER REQUEST

### 2024-2025

Child's Name: \_\_\_\_\_ D/O/B: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Parent: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Home School: \_\_\_\_\_ Requested School: \_\_\_\_\_

School Presently Attending or Last attended: \_\_\_\_\_

Grade Entering: \_\_\_\_\_ Special Education: Inclusion/Self-Contained ESL:  
Resource/Sheltered

I am requesting a transfer for my child/children due to the following reason:

---

---

---

---

---

---

---

---

I understand no transportation will be provided and my child/children must attend school on a regular basis, be on time, and be successful academically and behaviorally. If he/she fails to meet these expectations, he/she will return to his/her home school or another school to be determined by Central Office.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Approve  Deny

Assistant Superintendent Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

#### Action Taken

Added to Sheet     Updated in Skyward     Parent Notified     Schools Notified

# de Identificación del estudiante: \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE TRANSFERENCIA 2024-2025

El nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Escuela de origen: \_\_\_\_\_ Escuela solicitada: \_\_\_\_\_

Escuela a la que asiste actualmente o a la que asistió por última vez:  
\_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Educación Especial: Inclusión/Autocontenido MLL: Aula colaborativa/  
Instrucción estructurada

Estoy solicitando una transferencia para mi hijo / hijos debido a la siguiente razón:

---

---

---

---

---

---

---

---

**Entiendo que no se proporcionará transporte y que mi hijo/a debe asistir a la escuela regularmente, ser puntual y tener éxito académica y conductual. Si él/ella no cumple con estas expectativas, él/ella regresará a su escuela de casa u otra escuela que será determinada por la Oficina Central.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Aprobar  Rechazar

Firma del Superintendente Asistente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Acción tomada

Agregado a la hoja  Actualizado en Skyward  Notificación a los padres  Notificación a las escuelas

ID do Estudante# \_\_\_\_\_

## PEDIDO DE TRANSFERÊNCIA 2024-2025

Nome da Criança: \_\_\_\_\_ D/D/N: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Parente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Escola de Orgiem: \_\_\_\_\_ Escola de Pedido: \_\_\_\_\_

Escola que Frequenta Atualmente ou Última Atendida: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_ Educação Especial: Inclusão/Autocontido ESL: Recurso/Protegido

Estou a solicitar uma transferência para a(s) minha(s) criança(s) devido ao seguinte motivo:

---

---

---

---

---

---

---

---

**Eu entendo que nenhum transporte será fornecido e a minha criança deve frequentar a escola regularmente, ser pontual e ter sucesso acadêmico e comportamental. Se ele/ela não atender a essas expectativas, ele/ela retornará à sua escola de origem ou a outra escola a ser determinada pelo Escritório Central.**

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Aceitar  Recusar

Assinatura da Assistente da Superintendente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

### Acção Tomada

Adicionado à página  Atualizado no Skyward  Parente Notificado  Escolas Notificadas