



FERRIS INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT  
NONRESIDENT STUDENT REQUEST TO TRANSFER INTO THE DISTRICT SCHOOL YEAR **2018-2019**

1. STUDENT'S NAME: \_\_\_\_\_
2. CURRENT ADDRESS: \_\_\_\_\_
3. SCHOOL DISTRICT IN WHICH THE STUDENT RESIDES: \_\_\_\_\_
4. PARENTS NAME: \_\_\_\_\_
5. PARENTS ADDRESS: \_\_\_\_\_  
HOME PHONE: \_\_\_\_\_ WORK PHONE: \_\_\_\_\_
6. REASON FOR TRANSFER REQUEST: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. IS EITHER PARENT EMPLOYED BY FERRIS ISD?  YES or  NO
8. HAS THE STUDENT EVER BEEN ENROLLED IN FERRIS ISD?  YES or  NO
9. STUDENTS GRADE LEVEL FOR YEAR OF REQUESTED TRANSFER: \_\_\_\_\_
10. STUDENTS ATTENDANCE RECORD:
  - a. HOW MANY DAYS WAS THE STUDENT ABSENT IN THE SCHOOL YEAR PRIOR TO THE YEAR FOR TRANSFER REQUESTED? \_\_\_\_\_
  - b. IF THIS REQUEST IS FOR A TRANSFER DURING A SCHOOL YEAR, HOW MANY DAYS HAS THE STUDENT MISSED IN THE CURRENT SCHOOL YEAR? \_\_\_\_\_
  - c. IF THE STUDENT MISSED MORE THAN TEN PERCENT OF THE DAYS IN THE SCHOOL YEAR, PLEASE PROVIDE AN EXPLANATION: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. HAS THE STUDENT BEEN EXPELLED OR REMOVED TO A DISCIPLINARY ALTERNATIVE EDUCATION PROGRAM (DAEP) FOR ONE OR MORE DAYS IN THE MOST RECENT SCHOOL YEAR?  YES or  NO  
DURING THE PRECEDING YEAR?  YES or  NO  
IF YES TO EITHER QUESTION, FOR WHAT OFFENSE(S)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Educational Program Information-** *Please circle the appropriate response:*

- Yes No IS ENGLISH SPOKEN IN YOUR HOME MOST OF THE TIME? IF NO WHAT LANGUAGE IS SPOKEN MOST OFTEN? \_\_\_\_\_
- Yes No HAS YOUR CHILD EVER BEEN REFERRED FOR ANY ACADEMIC BEHAVIOR, EMOTIONAL, OR OTHER TYPE OF COMPREHENSIVE ASSESSMENT?

**Please identify the educational services that your child may need:**

- Yes No GIFTED & TALENTED
- Yes No SPECIAL EDUCATION SERVICES (IF YES, PROVIDE COPY OF MOST RECENT IEP, ETC.)
- Yes No DYSLEXIA SERVICES
- Yes No SECTION 504 SERVICES (IF YES, PROVIDE A COPY OF MOST RECENT IEP, ETC.)
- Yes No RELATED SERVICES (PLEASE CIRCLE): OCCUPATIONAL THERAPY, PHYSICAL THERAPY, SPEECH THERAPY, PSYCHOLOGICAL THERAPY, ADAPTIVE PHYSICAL EDUCATION, ASSISTIVE TECHNOLOGY, SPECIALIZED EQUIPMENT, OTHER \_\_\_\_\_
- Yes No HAS YOUR CHILD EVER REPEATED A GRADE? IF YES, WHICH GRADE? \_\_\_\_\_

As a parent or person standing in the position of legal responsibility for the child named in this request, I acknowledge that I have received a copy of Ferris Independent School District's policies FDA(LOCAL) and the Transfer Agreement that must be executed before the child is enrolled in the District. The information provided in this form is true and factual to the best of my knowledge, and I understand that if any of this information is ever found to be incorrect, this application may be denied or revoked.

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

*FERRIS ISD OFFICE USE ONLY*

2017-2018	REQUIRED DOCS	DATE RECEIVED	QUALIFICATIONS MET (Y/N)	TRANSFER APPLICATION STATUS (Circle correct status)	
√				APPROVED	
	Application			DENIED (Circle or highlight reason for denial)	DISCIPLINE
	Discipline				ATTENDANCE
	Attendance				REPORT CARDS
	Report Card				STATE ASSESSMENTS
	State Assessments				AUTHORIZED SIGNATURE:
DATE ALL COMPLETED:					
DATE PARENT NOTIFIED:				DATE SCHOOL NOTIFIED:	



DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE FERRIS- **Aplicación en ESPAÑOL**

SOLICITUD DE ESTUDIANTE NO RESIDENTE PARA TRANSFERIR A LA ESCUELA DEL DISTRITO AÑO 2018-2019

1. NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_
2. DIRECCION ACTUAL: \_\_\_\_\_
3. DISTRITO ESCOLAR EN EL QUE EL ESTUDIANTE RESIDE: \_\_\_\_\_
4. NOMBRE DE LOS PADRES: \_\_\_\_\_
5. DIRECCIÓN DE LOS PADRES: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO DE CASA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE CELL: \_\_\_\_\_
6. MOTIVO DE SOLICITUD DE TRANSFERENCIA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. ¿CUALQUIERA DE LOS PADRES ESTÁ EMPLEADO POR FERRIS ISD?  SÍ o  NO
8. ¿EL ESTUDIANTE HA ESTADO INSCRITO EN FERRIS ISD ANTERIORMENTE?  SÍ o  NO
9. NIVEL DEL GRADO DE ESTUDIANTE PARA EL AÑO DE LA TRANSFERENCIA SOLICITADA: \_\_\_\_\_
10. REGISTRO DE ASISTENCIA DE ESTUDIANTES:
  - a. ¿CUÁNTOS DÍAS FUE EL ESTUDIANTE AUSENTE EN EL AÑO ESCOLAR ANTES DEL AÑO PARA LA TRANSFERENCIA SOLICITADA?  
\_\_\_\_\_
  - b. SI ESTA SOLICITUD ES PARA UNA TRANSFERENCIA DURANTE UN AÑO ESCOLAR, ¿CUÁNTOS DÍAS HA PERDIDO EL ESTUDIANTE EN EL AÑO ESCOLAR ACTUAL? \_\_\_\_\_
  - c. SI EL ESTUDIANTE PERDIÓ MÁS DEL DIEZ POR CIENTO DE LOS DÍAS EN EL AÑO ESCOLAR, POR FAVOR PROPORCIONE UNA EXPLICACIÓN: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. ¿EL ESTUDIANTE HA SIDO EXPULSADO O RETIRADO A UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN ALTERNATIVA DISCIPLINARIA (DAEP) POR UNO O MÁS DÍAS EN EL AÑO ESCOLAR MÁS RECIENTE?  SÍ o  NO  
  
DURANTE EL AÑO PRECEDENTE?  SÍ o  NO  
SI ES SÍ A CUALQUIER PREGUNTA, ¿PARA QUÉ OFENSA(S)?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Información del programa educativo-** *marque con un círculo la respuesta adecuada:*

SÍ     NO    ¿SE HABLA INGLÉS EN SU CASA LA MAYORÍA DEL TIEMPO?  
 ¿SI LA RESPUESTA ES NO, QUÉ IDIOMA SE HABLA MÁS? \_\_\_\_\_

SÍ     NO    ¿SU HIJO HA SIDO REFERIDO PARA CUALQUIER CONDUCTA ACADÉMICA, EMOCIONAL U OTRO TIPO DE EVALUACIÓN INTEGRAL?

**Por favor identifique los servicios educativos que su hijo puede necesitar:**

SÍ     NO    INSTRUCCIÓN DOTADO Y TALENTOSO

SÍ     NO    SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL (DE SER ASÍ, PROPORCIONAR COPIA DEL IEP MÁS RECIENTE, ETC.)

SÍ     NO    SERVICIOS DE DISLEXIA

SÍ     NO    SERVICIOS DE LA SECCIÓN 504 (DE SER ASÍ, PROPORCIONE UNA COPIA DEL PLAN 504 MÁS RECIENTE).

SÍ     NO    SERVICIOS RELACIONADOS (POR FAVOR CIRCULAR):  
 TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA FÍSICA, TERAPIA DEL HABLA,  
 TERAPIA PSICOLÓGICA, EDUCACIÓN FÍSICA ADAPTATIVA,

SÍ     NO    TECNOLOGÍA DE ASISTENCIA, EQUIPO ESPECIALIZADO, OTROS  
 \_\_\_\_\_

SÍ     NO    ¿HA REPETIDO SU HIJO UN Año ESCOLAR? SI ES SÍ, ¿QUÉ GRADO? \_\_\_\_\_

Como padre o persona que ocupa el puesto de responsabilidad legal por el niño/a mencionado en esta solicitud, reconozco que he recibido una copia de las pólizas del Distrito Escolar Independiente de Ferris, FDA (LOCAL) y el Acuerdo de transferencia que debe ejecutarse antes de que el niño matriculado en el Distrito. La información proporcionada en este formulario es verdadera y objetiva según mi leal saber y entender, y entiendo que si alguna vez se encuentra que esta información es incorrecta, esta aplicación puede negarse o revocarse.

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*FERRIS ISD OFFICE USE ONLY*

2017-2018 √	REQUIRED DOCS	DATE RECEIVED	QUALIFICATIONS MET (Y/N)	TRANSFER APPLICATION STATUS (Circle correct status) APPROVED PENDING FOR SPACE	
	Application			<b>DENIED</b> (Circle or highlight reason for denial)	DISCIPLINE
	Discipline/ Disciplina				ATTENDANCE
	Attendance/ Asistencia				REPORT CARDS
	Report Cards/ Calificaciones				STATE ASSESSMENTS
	State Assessments/ Exámenes estatales				<b>AUTHORIZED SIGNATURE:</b>  <b>DATE SCHOOL NOTIFIED:</b>
<b>DATE ALL COMPLETED:</b>		<b>DATE PARENT NOTIFIED:</b>			

