

仅供接收学校使用:

收到申请日期\_\_\_\_\_

接收申请人\_\_\_\_\_

## 巴尔的摩郡公立学校

## K-12 特殊转学申请

说明: 填写此表前, 请仔细阅读随附第 5140 号政策/规定中的有关信息。第 I 部分应由具备申请资格的学生的家长/监护人填写。除磁石学校 (magnet school) 申请人及第一款 (Title I) 学校申请人 (\*详见下文) 以外, 其他申请人应将本申请表的白色联 (第 1 联) 交给接收学校校长, 将黄色联交 (第 2 联) 交给所在地学校校长, 保留粉色联 (第 3 联) 自己存档。如果本表系从巴尔的摩郡公立学校网站下载而来, 则必须提交三 (3) 份本表。

## 第 I 部分: 转学申请

学生姓名: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

目前所在学校: \_\_\_\_\_ 所在年级: \_\_\_\_\_

所在地学校: \_\_\_\_\_

家长/监护人姓名: \_\_医生/博士 \_\_先生 \_\_夫人 \_\_女士 \_\_小姐

街道地址: \_\_\_\_\_ 市/州/邮编: \_\_\_\_\_

电话号码: (住宅) \_\_\_\_\_ (办公) \_\_\_\_\_ (其它) \_\_\_\_\_

申请学校: \_\_\_\_\_ 申请学年: 200\_\_ - 200\_\_ 申请年级: \_\_\_\_\_

申请原因: 请参阅 5140 号规定之第 III B 节, 并圈选原因的相应编号

1 (读完最高年级) 4 (\*\*迁出学区) 6 (\*\*\*\*日托) 8 (员工子女)

2 (学习计划) 5 (迁入学区) 7 (家庭条件) 9 (兄弟姐妹)

3 (\*\*医疗/学生调整)

附加说明 (若需更多空间, 可添加附页): \_\_\_\_\_

\*\*对于基于医疗、身体或心理健康原因提出的申请, 必须同时提供由医生或心理健康服务机构出具的证明。

\*\*\*对于因迁出学区而批准的特殊转学申请, 仅适用于在当前学年中迁出, 且有效期至该学年末。

\*\*\*\*如果申请转学的原因是日托, 则须提供以下信息:

日托提供者/机构名称: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_ 电话: \_\_\_\_\_

日托服务的日期和时间: \_\_\_\_\_ 日托提供者签名: \_\_\_\_\_

\*有关下一学年的转学申请必须在 4 月 1 日至 6 月 1 日之间提交, 磁石学校及第一款学校申请除外。磁石学校申请人须根据 6130 号政策和规定中的指引完整提交此申请。第一款学校申请人则须按照第一款公立学校转学规定中的相关指引提交申请。

本人已收到并阅读 5140 号政策和规定。本人明白, 若无特别注明, 转学申请获批后, 巴尔的摩郡公立学校将不提供接送服务。本人知道, 若提供虚假信息, 校方有权根据具体情形收取子女的学费, 或勒令退学。

家长/监护人签名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

## 第 II 部分: 转学申请审核/决定 (由接收学校校长填写)

\_\_\_\_\_ 批准

\_\_\_\_\_ 拒绝

拒绝原因: (请圈选所有符合原因)

A. 学生人数超编

B. 申请原由与政策和规定不符

C. 缺乏必要资料

D. 申请过晚/无意外紧急需要

接收学校校长签名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

(接收学校校长须将本决定的原件交给申请学生的家长/监护人; 保留一份影印件作为学校存档; 并向所在地学校校长寄送一份影印件。)

申诉: 必须在做出决定后的十 (10) 个教学日内, 以书面形式向巴尔的摩郡公立学校居住地联络处提出申诉, 同时须附上所有文件及有接收学校校长签名的申请一份, 联络处地址: 9610 Pulaski Park Drive, Suite 219, Baltimore, MD 21220。

一式三份: (1) 接收学校校长; (2) 所在地学校校长; (3) 家长/监护人

BEBCO 15-0261-07