



**Request for Transfer  
Safety/Hardship**

Providence Public School District  
Student Registration & Placement Center  
325 Ocean Street  
Providence, RI 02905  
TEL: (401) 456-9297 FAX (401) 278-0553

**STUDENT'S NAME:**  
**Date of Birth:** \_\_\_\_\_ **Student ID #:** \_\_\_\_\_

**TELEPHONE CONTACT NUMBERS**  
H: (     ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
C: (     ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**CURRENT SCHOOL:** \_\_\_\_\_

**NAME:** \_\_\_\_\_  
 Parent  Guardian  Other \_\_\_\_\_

**Grade:** \_\_\_\_\_ **Ed Type:** \_\_\_\_\_

**In the space provided below, briefly describe the reason you are requesting a transfer: (*must be completed*)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Please complete the following questions as they apply to your request for transfer.**

- 1. Has the student recently been transferred through SAO or suspended?  Yes  No
- 2. Did you speak to the school principal? (*You must have principal's signature*)  Yes  No
- 3. Did the incident involve another student(s)  Yes  No  
Name(s): \_\_\_\_\_
- 4. Was the incident witnessed by a school teacher or principal?  Yes  No  
Name: \_\_\_\_\_
- 5. Was the student physically assaulted?  Yes  No  
A. Did the assault involve any weapons?  Yes  No
- 6. Was the incident gang-related?  Yes  No
- 7. Is the student being threatened with physical violence or bullied?  Yes  No
- 8. Did the incident take place on school grounds?  Yes  No  
A. Please provide the approximate date and time of the incident  
Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ AM/PM
- 9. Did you file a police report ? (If yes, please provide a copy)  Yes  No

**Principals, let us know how you feel this matter would best be resolved and why?**  
(*You must indicate whether or not you are in agreement with this request*)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Print Name**

\_\_\_\_\_  
**Principal's Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**Print Name**

\_\_\_\_\_  
**Parent/Guaridan's Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**



**Petición para Cambio de Escuela  
por Motivo de Seguridad o Dificultad**

Providence Public School District  
Student Registration & Placement Center  
325 Ocean Street  
Providence, RI 02905  
TEL (401) 456-9297 FAX (401) 278-0553

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE:**  
**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Número de ID:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONOS DE CONTACTO**  
CASA: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
CELULAR: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**ESCUELA ACTUAL:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_  
 Padre  Tutor  Otro \_\_\_\_\_

**GRADO:** \_\_\_\_\_ **PROGRAMA EDUCATIVO:** \_\_\_\_\_

**En el espacio proporcionado describa brevemente los acontecimientos ocurridos: (debe completarse)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Favor de contestar las siguientes preguntas como aplican a su pedido.**

1. ¿Fue el estudiante transferido por SAO o suspendido?  Sí  No
2. ¿Habló usted con el director de la escuela? **(deber ser firmado por el director)**  Sí  No
3. ¿Implicó el incidente a otro(s) estudiante(s)?  Sí  No  
Nombre(s): \_\_\_\_\_
4. ¿Fue presenciado el incidente por un maestro o el director de la escuela?  Sí  No  
Nombre: \_\_\_\_\_
5. ¿Fue el ataque físico?  Sí  No  
A) ¿Implicó el ataque alguna arma?  Sí  No
6. ¿Fue el incidente relacionado con pandillas?  Sí  No
7. ¿Fue el estudiante intimidado o amenazado con violencia física?  Sí  No
8. ¿Ocurrió el incidente en terreno escolar?  Sí  No  
A) Favor de proporcionar, aproximadamente, la fecha y hora del incidente
9. ¿Archivó usted un reporte con la policía ? **(Favor, de proveer una copia)**  Sí  No  
Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM/PM

**¿Directores, permítanos saber cómo se siente usted y cómo mejor puede resolverse este asunto y por qué?**  
*(Es requerido indicar si usted está de acuerdo con el traslado)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Nombre (en letras de molde)**

\_\_\_\_\_  
**Firma del director**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre (en letras de molde)**

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre o tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**