

GIFTED AND TALENTED TRANSFER REVIEW REQUEST

The parent/guardian must complete this form to initiate a request for an out of district GT transfer into Waxahachie ISD. Placement in GT services is not automatic. Data from the prior district will be reviewed by the district Selection Committee to determine if data aligns with Waxahachie ISD criteria for services. Students must be enrolled in Waxahachie ISD for this process to begin. When complete, return this form to the campus counselor.

STUDENT INFORMATION

_____, _____, _____
Last First Middle

Student ID: _____ DOB: ____/____/____

Current WISD Campus: _____ Current Grade Level: _____

Name of most recent educational institution attended prior to enrolling in WISD:

School District: _____

Campus: _____

At what grade level was the student identified as GT? _____

If student was identified as GT in a district other than the one listed above, please provide that information.

School District: _____

Campus: _____

PARENT/GUARDIAN INFORMATION

Name: _____

Phone: _____

E-mail: _____

My signature gives permission for my child to be administered additional testing, if needed, for consideration of WISD GT services. I also give permission for my child to receive gifted and talented services if he/she meets WISD criteria.

Parent Signature: _____

Date: _____

Date given to parent/guardian: _____

Date returned to campus counselor: _____

Date received by Advanced Academics Department: _____

SOLICITUD PARA REVISIÓN DE TRANSFERENCIAS DEL PROGRAMA DOTADOS Y TALENTOSOS

El padre/tutor debe completar este formulario para iniciar una solicitud de una transferencia al programa GT si viene fuera del distrito a Waxahachie ISD. La colocación en los servicios GT no es automática. Los datos del distrito anterior serán revisados por el Comité de Selección del distrito para determinar si los datos se alinean con los criterios de Waxahachie ISD para los servicios. Los estudiantes deben estar inscritos en Waxahachie ISD para que este proceso comience. Devuelva este formulario completo al especialista de GT de la escuela.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

_____ , _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Número de identificación del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Escuela de WISD: _____ Nivel de grado actual: _____

Nombre de la institución educativa más reciente a la que asistió antes de inscribirse en WISD:

Distrito Escolar: _____

Escuela: _____

¿En qué nivel de grado se identificó al estudiante como GT? _____

Si el estudiante fue identificado como GT en un distrito distinto al mencionado anteriormente, por favor proporcione esa información.

Distrito Escolar: _____

Escuela: _____

INFORMACIÓN DE PADRES/TUTORES

Nombre: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Mi firma da permiso para que mi hijo sea administrado pruebas adicionales, si es necesario, para la consideración de los servicios de GT de WISD. También doy permiso para que mi hijo reciba los servicios para dotados y talentosos si cumple con los criterios de WISD.

Firma del padre: _____

Fecha: _____

Date given to parent/guardian: _____

Date returned to campus counselor: _____

Date received by Advanced Academics Department: _____