



Accredited by the Middle States Association/Council on Elementary and Secondary Education

Bridgehampton Union Free School District

P.O. Box 3021, 2685 Montauk Highway, Bridgehampton, NY 11932

Telephone: (631) 537-0271

www.bridgehampton.k12.ny.us

Fax: (631) 537-0443

STUDENT TRANSFER AND WITHDRAWAL FORM

Student's Name: _____ D.O.B. _____ Grade: _____

Withdrawal Date: _____

Reason for Withdrawal: _____

If relocating / moving please complete:

OLD Mailing Address: _____

Physical Address: _____

NEW Mailing Address: _____

Physical Address: _____

Contact Number: _____

TRANSFERRING TO (must be filled out):

Name of School: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Contact: _____ Phone Number: _____

Student Signature (if applicable): _____

Date _____

Parent Signature: _____

Date _____

Parent Name (Please Print): _____

Registrar Signature: _____

Date _____



Accredited by the Middle States Association/Council on Elementary and Secondary Education

Bridgehampton Union Free School District

P.O. Box 3021, 2685 Montauk Highway, Bridgehampton, NY 11932

Telephone: (631) 537-0271

www.bridgehampton.k12.ny.us

Fax: (631) 537-0443

FORMULARIO DE TRANSFERENCIA Y RETIRO DE ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado: _____

Fecha de Retiro: _____

Razón del retiro: _____

Favor de llenar esta parte si se cambia de domicilio:

Antigua Dirección de Correo: _____

Dirección Física: _____

Nueva dirección de Correo: _____

Dirección Física: _____

Número de Contacto: _____

TRANSFIRIENDOSE A (debe de ser llenado):

Nombre de la Escuela: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Contacto: _____ Número de teléfono: _____

Firma del Estudiante (Si aplica): _____

Fecha _____

Firma del Padre/Madre: _____

Fecha _____

Nombre Completo del Padre/Madre (Letra de Molde): _____

Firma del Oficial de Inscripciones: _____ Date _____