2008 - 2009 Solicitud para Servicios de Transportación

(Estudiantes que viven menos de una milla de su escuela no son elegibles para transportación.)

COMPLETE UNO FORMA POR ESTUDIANTE POR FAVOR.

Si ustedes desean servicios de transportación disponible para su estudiante, por favor de completar la siguiente información. Por favor de permitir 3 días para procesar.

Nombre del Estudiante_____
Ultimo Primero Medio nombre

Escuela Asistiendo _____ **Grado** _____

Identifique (si aplicable): ☐ ☐ ☐

Fuera del Distrito Necesidades Especiales Sin Hogar

Por Favor noten: Levantada y dejada del estudiante necesita ser localizada entre los límites del distrito escolar.

Dirección de levantada_____

Dirección en donde se dejara el estudiante_____

Nombre de Padre/Guardián _____

Numero de Teléfono para contacto _____

Transportation Office:

AM and PM - All Days except Wednesday AM

AM (Pick up address) Rt.#_____ Time_____ Stop_____

PM (Drop-off address) Rt.#_____ Time_____ Stop_____

Wednesday AM (Late Start)

AM (Pick up address) Rt.#_____ Time_____ Stop_____

Request completed by (initials) _____ Copy sent to school on _____

Parent contacted on _____