

**DISTRITO ESCOLAR DE LA COMUNIDAD DE SIOUX CITY
PETICIÓN PARA EL TRANSPORTE ESCOLAR K-12**

Regrese el Formulario a la Escuela

Año Escolar _____ Escuela a la que asiste _____ Grado _____

Nombre del Estudiante _____ # de Identificación del Estudiante _____

Dirección _____ Apto./Lote # _____

Nombre del Padre/Guardián _____

Padre

Madre

Tel. de la casa _____ Tel. de la casa _____

Tel. del trabajo _____ Tel. del trabajo _____

Preocupación de salud que el chofer
deba saber

alergias, diabetes, epilepsia, etc.

Persona de contacto en caso de emergencia _____ Tel. de emergencia _____

Dirección alternativa de dejar/recoger al niño: _____

Razón para el cambio: _____

Nombre del contacto alternativo: _____

Número del contacto alternativo: _____

He leído y entiendo las guías y reglas para la transportación de mi hijo. Los camiones escolares están equipados con cámaras de video de acuerdo con las políticas de la mesa directiva escolar

Firma del padre _____ Fecha _____

Para familias que viven dentro de la zona de caminar (2 millas para la primaria y escuela media /3 millas para la preparatoria);

Estoy haciendo la petición para el transporte para mi hijo/s y estoy de acuerdo en pagar la cuota mensual establecida por el distrito escolar. *El camión de paga será disponible sólo si existen lugares*

Firma del Director _____

Padres, si tienen dudas acerca de la transportación del estudiante, por favor llame al 279-6743. E n español llame al 279-6645

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA: Check Additional Program Transportation Need

ESL Tag Vocational Special Education** Other

****Special Education Identify:**

wheelchair safety harness car seat bus assistant door to door out of district

Transportation:

Approved Denied Parent Notified Paid Date