



Williams High School
 440 S. 7th St.
 Williams, AZ 86046
 TEL: 928-635-4474 FAX: 928-635-2796

STUDENT RECORDS REQUEST

Student Name/Nombre del Estudiante: _____
Last Name/Apellido First Name/Nombre Middle Name/Segundo Nombre

Grade/Grado: _____

Date of Birth/Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY): _____

School Last Attended Information/Asistió a la Escuela Última Información

School Last Attended/Asistió a la Escuela Última: _____

School Address/Dirección de Escuela: _____
Address/Domicilio

_____ _____ _____
City/Ciudad State/Estado Zip Code/Código Postal

School Phone/Teléfono de Escuela: _____

Request for School Records:

- Official Transcripts (Mail)
- Unofficial Transcripts (Email or Fax)
- Withdrawal Grades and Withdrawal Slip
- State Standardized Test Results
- Attendance Records
- Immunization/Health Records
- Birth Certificate
- Discipline Records

Request for Psychological Records:

1. Psychological Records (Current/Last Evaluation)
2. Current/Last IEP & Addendums
3. Eligibility Form
4. Placement Form
5. Background Questionnaire
6. Any and all pertinent medical data

I understand that I am authorizing the above named school to release the psychological records specified. It is understood that this information will be used in a confidential and professional manner in the best interest of the student to access appropriate educational services.

Preferred to be received by email at:

Registrar
Laci Karlsberger
Lkarlsberger@wusd2.org or
whsregistrar@wusd2.org

Preferred to be received by email at:

Special Services Department
Seles Howe
showe@wusd2.org

 Registrar Signature

1st request _____ 2nd request _____ 3rd request _____

INSCRIPCIÓN 2023-2024 PÁGINA 2

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA

Grado: _____ ¿El estudiante ha asistido alguna vez a la escuela de Williams? Sí No

Nombre de la escuela asistieron a la última _____

Si la última escuela a la que asistió no es Williams, complete la Solicitud de registros estudiantiles.

INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIÁN

Padre o Guardian 1 (*debe residir con el estudiante*) Relación con el estudiante: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Género: Masculi Femenino

Lugar de Trabajo: _____ Dirección de Correo Electrónico: _____

Teléfono 1: _____ Día Casa Móvil Trabajo | SMS (Acepta mensajes de texto)

Teléfono 2: _____ Día Casa Móvil Trabajo | SMS (Acepta mensajes de texto)

Tiene custodia Vive Con Recolección de la escuela Recibir comunicación oficial de la escuela (llamadas, apartado Postal)

Padre o Guardian 2 Relación con el estudiante: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Género: Masculi Femenino

Lugar de Trabajo: _____ Dirección de Correo Electrónico: _____

Teléfono 1: _____ Día Casa Móvil Trabajo | SMS (Acepta mensajes de texto)

Teléfono 2: _____ Día Casa Móvil Trabajo | SMS (Acepta mensajes de texto)

Tiene custodia Vive Con Recolección de la escuela Recibir comunicación oficial de la escuela (llamadas, apartado Postal)

Padre o Guardian 3 Relación con el estudiante: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Género: Masculi Femenino

Lugar de Trabajo: _____ Dirección de Correo Electrónico: _____

Teléfono 1: _____ Día Casa Móvil Trabajo | SMS (Acepta mensajes de texto)

Teléfono 2: _____ Día Casa Móvil Trabajo | SMS (Acepta mensajes de texto)

Tiene custodia Vive Con Recolección de la escuela Recibir comunicación oficial de la escuela (llamadas, apartado Postal)

CUSTODIA LEGAL

¿Quién tiene la custodia legal del estudiante? _____

Relación con el estudiante: _____ Tiene documentación legal que demuestre custodia? Sí No

Deberá estar consciente del Distrito Escolar Unificado de Williams no se puede negar el acceso a cualquier padre biológico que aparece en el certificado de nacimiento sin orden judicial documentación.

CONTACTO DE EMERGENCIA

Contacto de emergencia 1: Apellido: _____ Nombre: _____

Número de Teléfono: _____ Relación con el Estudiante: _____

¿Está autorizado el Contacto de Emergencia 1 para recoger el estudiante de la escuela? Sí No

Contacto de emergencia 2: Apellido: _____ Nombre: _____

Número de Teléfono: _____ Relación con el Estudiante: _____

¿Está autorizado el Contacto de Emergencia 2 para recoger el estudiante de la escuela? Sí No

Firma de Padres/Guardián: _____

Fecha: _____



Departamento de Educación de Arizona Formulario de Documentación de Residencia en Arizona

Nombre del Estudiante _____ Nombre de Escuela _____

Distrito Escolar o Escuela Chárter _____

Padre/Tutor Legal _____

Como el padre del estudiante o representante legal, doy fe de que soy residente del estado de Arizona y presento como prueba de esta declaración copia del siguiente documento que muestrami nombre y la dirección residencial o la descripción física de la propiedad donde reside el estudiante:

- Licencia de conducir valida del Estado de Arizona, tarjeta de identificación de Arizona o registro de vehículo
- Tarjeta vigente del Programa de Confidencialidad de Dirección de Arizona.
- Escritura inmobiliaria o documentos de hipoteca
- Recibo de pago de impuestos sobre la propiedad
- Contrato de renta de casa/residencia
- Factura de cuenta sobre el uso de agua, electricidad, gas. Cable de TV, o teléfono
- Factura de tarjeta de crédito o de banco
- Copia de la forma W-2 sobre declaración de ingresos
- Talón del cheque de paga
- Certificado de inscripción u otra identificación emitida por una tribu indígena reconocida que contiene una dirección de Arizona.
- Documentación de una agencia estatal, gobierno federal (Administración de Seguro Social, Administración de Veteranos, Departamento de Seguridad Económica de Arizona) o agencia gubernamental de alguna tribu nativa Norte Americana.
- Tarjeta de identificación consular emitida por un gobierno extranjero como forma válida de identificación si el gobierno extranjero utiliza técnicas de verificación biométrica al emitir la tarjeta de identificación consular.
- Actualmente no puedo proporcionar ninguno de los documentos mencionados. Por lo tanto, he proveído una declaración original, firmada y notariada por un residente de Arizona que da fe de que he establecido residencia en Arizona con la persona que firma esta declaración.
- Instalación temporal de alojamiento en la base (para familias militares)
- La prueba de residencia proporcionada anteriormente sigue siendo precisa.



Firma del Padre/Custodio legal

Fecha

* Para los miembros de las fuerzas armadas, la aportación de documentación verificable no sirve como declaración de residencia oficial para el impuesto sobre la renta u otros fines legales. Los miembros del servicio armado pueden utilizar un centro de alojamiento temporal en la base como dirección para la prueba de residencia.

Williams Unified School District #2
SERVICIOS ESPECIALES 2023-2024

El Departamento de Servicios Especiales proporciona servicios educativos de calidad a los estudiantes con discapacidades educativas y necesidades especiales. Los servicios están diseñados para proporcionar aprendizaje en el “entorno menos restrictivo” e incluyen una variedad de opciones de colocación, como colocación regular en clase con apoyo, programas independientes y colocaciones especializadas.

Los servicios especializados y las colocaciones están disponibles para los estudiantes para satisfacer sus necesidades individuales. Las ofertas del programa se evalúan continuamente para satisfacer las necesidades cambiantes de los estudiantes. Se proporcionan programas y servicios para facilitar la inclusión en el aula de educación general en la mayor medida posible.

Complete la siguiente información, responda las preguntas relacionadas con su hijo, signo y fecha.

Nombre del Estudiante: _____
Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____
Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY): _____ Grado: _____

Por favor conteste las siguientes preguntas sobre su hijo.

1. ¿Ha sido su hijo matriculado en los siguientes programas?

- Educación Especial Sí No
En caso afirmativo, ¿qué áreas: lectura matemáticas lenguaje comportamiento escrita
- Terapia del Habla / Lenguaje Sí No
- Título I/Chapter 1 Lectura y / o Matemáticas Sí No
- Lectura de programa de apoyo Sí No
En caso afirmativo, nombre del programa _____
- Programa de Dotados Sí No
- Aprendices del Idioma Inglés Sí No
- 504/IEP Sí No

1. Se necesita una evaluación anual para la educación especial, indique si desea que su hijo sea examinado internamente para cualquiera de los siguientes:

- Oído Sí No
- Visión Sí No

Comuníquese con el Departamento de Servicios Especiales al (928) 635-4473 ext. 316 si tiene preguntas o inquietudes.

Parent/Guardian Signature: _____

Date: _____

WILLIAMS UNIFIED SCHOOL DISTRICT #2

SUPERINTENDENT
Eric Evans

636 S. 7th STREET P.O. BOX 427
WILLIAMS, ARIZONA 86046
TEL: (928) 635-4473 FAX: (928) 635-4767

BOARD OF EDUCATION
John Romero, President
Carla Dent, Vice President
Steve Auld
Leah Payne
Julia Pearson

Lista de Cuotas 2023-2024

Williams Elementary-Middle School

- Cuota para Actividad Estudiantil \$ 10.00 por estudiante por año
\$ 20.00 máximo por familia
- Cuota para Actividad de la Banda \$ 10.00 por estudiante por año
- Cuota para Instrumentos del Distrito \$ 10.00 por estudiante por año
- Cuota Deportiva - Estudiante En Línea \$ 150.00 por atleta por semestre*

Williams High School

- Cuota para Actividad Estudiantil \$ 30.00 por estudiante por año
\$ 60.00 máximo por familia
- Cuota para Actividad de la Banda \$ 10.00 por estudiante por año
- Cuota para Instrumentos del Distrito \$ 10.00 por estudiante por año
- Cuotas Deportiva para Estudiantes \$ 25.00 por deporte;
\$ 50.00 máximo por atleta
\$ 100.00 máximo por familia
- Cuota Deportiva - Estudiante En Línea \$ 150.00 por atleta por semestre*

Notas:

- *Las cuotas para Actividades Estudiantiles se utilizan para comprar materiales de clase, premios para los estudiantes y prendas para beneficiar a los estudiantes y fomentar el orgullo escolar. Las cuotas también se pueden utilizar para viajes, programas y asambleas educativos.*
- *La cuota para Actividad de la Banda es para la compra de material de instrucciones personales.*
- *La cuota para Instrumentos del Distrito para desinfectar los instrumentos prestados del Distrito. Solo se aplica si se usa un instrumento del Distrito.*
- *Las cuotas Deportivas para Estudiantes se utilizan para comprar uniformes, equipo, pagar a los árbitros, viajes y otras necesidades deportivas en beneficio de los atletas.*
- ** Cuota de participación en atletismo de WUSD para estudiantes en los grados 6-12 que asisten a una escuela pública autónoma en línea de Arizona y que residen en los límites del distrito escolar de WUSD.*
- *La cuota para Actividad Estudiantil se destinará a la elegibilidad del crédito fiscal.*
- *Los directores pueden dispensar cualquiera o todas las cuotas basado en las dificultades o necesidades del estudiante.*

WILLIAMS HIGH SCHOOL

SUPERINTENDENT
Eric Evans

440 S. 7th St. P.O. BOX 427
WILLIAMS, ARIZONA 86046
TEL: (928) 635-4474 FAX: (928) 635-2796

BOARD OF EDUCATION
John Romero, President
Carla Dent, Vice President
Steve Auld
Leah Payne
Julia Pearson

PRINCIPAL
Dr. Connie Hargis

Hoja de Cálculo de Lista de Cuotas 2023-2024

- Cuota para Actividad Estudiantil \$ 30.00 por estudiante por año
\$ 60.00 máximo por familia
- Cuota para Actividad de la Banda \$ 10.00 por estudiante por año
- Cuota para Instrumentos del Distrito \$ 10.00 por estudiante por año
- Cuota Deportivas para Estudiantes \$ 25.00 por deporte
\$ 50.00 máximo por atleta
\$ 100.00 máximo por familia

Todas las cuotas deben pagarse en su totalidad al registrarse.

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____

Cuota para Actividad Estudiantil:.....\$ 30.00 por año.....\$ _____

Cuota para Actividad de la Banda:\$ 10.00 por año.....\$ _____

Cuota para Instrumentos del Distrito:.....\$ 10.00 por año.....\$ _____

Cuota Deportivas para Estudiantes:\$ 25.00 por deporte.....\$ _____

Tarifas Impagas:.....\$ _____

Total Adeudado: \$ _____

Total Pagado: \$ _____

INFORMACIÓN PARA LOS PADRES



SI SU FAMILIA VIVE EN CUALQUIERA DE LAS SITUACIONES SIGUIENTES:

En un albergue



En un motel o un sitio para acampar debido a la falta de una alternativa adecuada



En un auto, un parque, un edificio abandonado, o una estación de trenes o de autobuses



Compartiendo la vivienda de otras personas debido a la pérdida de su casa
o a una dificultad económica

Sus hijos de edad escolar podrían calificar para recibir ciertos derechos y protecciones bajo la ley federal McKinney-Vento.

Sus hijos elegibles tienen derecho a:

- Recibir una educación pública gratuita y apropiada.
- Inscribirse en la escuela inmediatamente, aunque falten documentos normalmente requeridos para la inscripción.
- Inscribirse y asistir a clases mientras que la escuela obtiene los documentos necesarios.
- Inscribirse en la escuela local; o continuar asistiendo a la escuela de origen (la escuela a la cual su hijo asistió cuando tenía una residencia permanente, o la última escuela en la cual estaba inscrito), si esto es su preferencia.

* Si el distrito escolar cree que la escuela escogida por usted no es la mejor para sus hijos, el distrito tiene que darle a usted una explicación escrita de su posición e informarle de su derecho de apelar su decisión.

- Recibir transporte a/de la escuela de origen, si usted lo pide.
- Recibir servicios educacionales comparables a los que están provistos para otros estudiantes, según las necesidades de sus hijos.

Si usted cree que sus hijos podrían ser elegibles, contacte al oficial para la educación de los niños y jóvenes sin hogar de su distrito escolar para averiguar los servicios y ayudas que podrían estar disponibles. También puede haber apoyo disponible para sus hijos de edad preescolar.



Oficial para la educación de los niños y jóvenes sin hogar

Andrew Wollman
928-635-4428
awollman@wusd2.org

Coordinador estatal

Silvia Chavez
602-542-4963
silvia.chavez@azed.gov

Si usted necesita ayuda adicional con las necesidades educacionales de sus hijos, contacte al Centro Nacional de Educación para los Niños y Jóvenes sin Hogar:
1-800-308-2145 * homeless@serve.org * <http://nche.ed.gov>



Cuestionario de Residencia de Estudiantes

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Por favor enumere todos sus otros hijos en edades preescolares y escolares, que viven con usted.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

La información proporcionada en este formulario es confidencial.

¿Vive su hijo en alguna de las siguientes situaciones?

- Comparte la vivienda con otras personas debido a: (marque uno)
 - Perdida de vivienda, dificultad económica o una razón similar (por ejemplo: desalojo de la casa, etc)
 - Compartiendo vivienda a largo plazo para ahorrar dinero o alguna razón similar
 - Otro (favor explicar): _____
- En un motel, hotel, campamento o algún lugar similar
- En albergues de emergencia o de paso, tales como: albergues para personas que han sufrido violencia doméstica, albergues para personas sin hogar o viviendas de paso a través.
- Tiene una residencia nocturna primaria que no está diseñada para uso regular como alojamiento para personas.
- En carros, parques, espacios públicos, edificios abandonadas, viviendo de baja calidad, estaciones de bus o tren o algún sitio similar
- En nuestra casa, apartamento, condominio etc.
- Otro (favor explicar): _____

Dirección actual: _____ Ciudad y código postal: _____

He recibido una copia de los derechos de McKinney-Vento (en la página siguiente)



Firma del padre/guardián

Fecha

Los estudiantes que viven en alguna situación de vivienda de paso, pueden calificar como personas sin hogar. La elegibilidad es determinada por el enlace para estudiantes sin hogar y debe ser renovado cada año.

Para uso exclusive de la oficina	
Family added to McKinney-Vento Program	
<input type="checkbox"/> Yes	Homeless Liaison Signature: _____
<input type="checkbox"/> No	Date: _____

Williams Unified School District #2
FORMULARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA 2023-2024

Nombre del Estudiante: _____ DOB: _____ Grado: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Por favor, indique en el espacio de abajo, cualquier alergia o problema médico que puede afectar el tratamiento de su hijo.
 Si una pregunta no se aplica, por favor llene el espacio con "N/A" o No se aplica".

Preocupaciones médicas: _____

Alergias a los medicamentos: _____

Otras alergias: _____

Medicación(s) que está teniendo ya sea en casa o en la escuela: _____

El resto de los medicamentos deben ser suministrados por el padre en el envase original con instrucciones por escrito y entregada a la oficina. A ningún estudiante se le permite llevar a cualquier medicamento en ellos en cualquier momento.

¿Su hijo ha tenido alguno de los siguientes?

Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas de Pecho	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Infecciones del Oído	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tubos del Oído	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor de garganta frecuentes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de Riñón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas Ortopédicos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad Urinaria	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otro:	_____		

¿Hay alguna restricción para su hijo en la educación física y otras actividades físicas? Si No En caso afirmativo, por favor proporcione documentación.

Doctor de Familia: _____

Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS

Indique Si alguno de los siguientes medicamentos se pueden administrar a su hijo:

Acetaminofeno/Tylenol	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Medicina para Alergia/Benadryl	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Antiácido	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Antibiotic Ointment	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Bactine Antiséptico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Crema para quemaduras	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Loción de Calamina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cold Medicine	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Pastilla para la tos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Gotas para los ojos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Lavar para ojo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Peróxido de Hidrógeno	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ibuprofeno/Advil	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Bálsamo labial	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Orajel/Anbesol	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Pepto Bismol	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Protector solar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Vaselina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Pestañas de calambres	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No aplicable	

EXÁMENES MÉDICOS

Indique Si Si usted desea que su hijo proyectó para cualquiera de los siguientes:

Oído Si No Visión Si No

Marque Si o No por favor :

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Doy mi permiso para que el Distrito Escolar Unificado de Williams para proporcionar tratamiento médico de emergencia para mi hijo.</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Doy permiso para que mi hijo sea transportado por cualquier medio necesario según lo determine el Distrito al centro médico de emergencia más cercano para recibir tratamiento.</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Doy mi consentimiento para la prestación de tales servicios médicos para mi hijo como se considere necesario.</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>En un esfuerzo por ofrecer el mejor servicio posible, el Distrito ha Sido aprobado como un proveedor de Medicaid en las escuelas públicas. Si su hijo está cubierto actualmente en el programa de AHCCCS o Si se cubren en el futuro. El Distrito podrá obtener el reembolso parcial de la prestación del servicio relacionado con la salud de su hijo. Doy mi permiso para que esta información sea divulgada a AHCCCS para fines de facturación. (Usted puede revocar este permiso en cualquier momento.):</i>

Firma de Padres/Guardián: _____ **Fecha:** _____



Arizona Department of Education
Office of English Language Acquisition Services

Encuesta sobre el Idioma en el Hogar

La escuela utiliza las respuestas a esta Encuesta del idioma del hogar (HLS) para proporcionar los programas y servicios educativos más apropiados para el estudiante. **Las respuestas que aparezcan a continuación determinarán si un estudiante tomará la Evaluación de aprendices del idioma inglés de Arizona (AZELLA).** Responda a cada una de las tres preguntas con la mayor precisión posible. Si necesita corregir alguna de sus respuestas, esto debe hacerse **antes** de que el estudiante tome el Examen AZELLA.

1. ¿Qué idioma hablan las personas en el hogar *la mayoría* del tiempo?

2. ¿Qué idioma habla el estudiante *la mayoría* del tiempo?

3. ¿Qué idioma habló o entendió el estudiante *primero*?

Nombre del estudiante _____	Distrito _____
Fecha de nacimiento _____	Núm. de identificación _____
Firma del padre o tutor _____	SSID _____
Distrito o Charter _____	Fecha _____
Escuela _____	

Please provide a copy of the Home Language Survey to the EL Coordinator/Main Contact on site.

In AzEDS, please enter all three HLS responses.

Preguntas en conformidad con (R7-2-306(B)(1),(2)(a-c) del Código Administrativo de Arizona. (Revised 05-2023)

Williams Unified School District #2
FORMULARIO DE TRANSPORTE 2023-2024

En un esfuerzo para mantener información precisa de transporte estudiantil, favor de proporcionar información detallada acerca de cómo su estudiante va ir a y volver de la escuela diariamente.

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____

Dirección del Hogar: _____

Calles de Intersección: _____

Por la mañana, mi(s) estudiante(s) deberá(n):

- Caminar a la Escuela
- Area de Descarga para Padres
- Viajará en Autobús a la Escuela

Si viajará en el autobús ¿cuál subdivisión y calles de intersección?

Después de la escuela, mi(s) estudiante(s) deberá(n):

- Caminar a (casa, abuela) _____ M T W Th
- Será Recogido por sus Padres _____ M T W Th
- Viajará en Autobús a (casa, abuela) _____ M T W Th

Si viajará en el autobús ¿cuál subdivisión y calles de intersección?

En el caso de que su estudiante pierda su parada de autobús, quien debe ser contactado?

Nombre: _____ Teléfono: _____

En el caso de que la persona mencionada anteriormente no pueda ser localizada, favor proporcione el nombre y el número de teléfono de una persona que pueda recoger a su hijo(a).

Nombre: _____ Teléfono: _____

NOTAS IMPORTANTES:

- ◆ *Para la seguridad del niño, **NO** se recomienda cambiar la rutina de transporte. En una situación única, se puede hacer un cambio. Es responsabilidad de los padres de informar al maestro del estudiante o a la oficina de cualquier cambio en la rutina diaria antes de la **12 pm** del estudiante por teléfono o por escrito . Si no se reciben cambios, el personal operará bajo el plan original.*
- ◆ *Viajar en autobús es un privilegio, no un derecho. Los estudiantes deben ser respetuosos y seguir las instrucciones. Los estudiantes que no sigan las instrucciones pueden ser suspendidos de viajar en el autobús.*
- ◆ *Todos los estudiantes que viajan en el autobús escolar deben tener este formulario archivado.*

 Firma de Padres/Guardián: _____

Fecha: _____