

**DISTRITO ESCOLAR TRES DEL CONDADO DE LEXINGTON
FORMA PARA SOLICITUD DE TRANSPORTE EN AUTOBÚS**

Nombre del estudiante _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Dirección Ciudad Estado Código postal

Nombre del padre o tutor _____

N.º de teléfono del hogar _____ N.º de celular _____ N.º Laboral _____

Escuela del estudiante: ____BLPS ____BLES ____BLMS ____BLHS

____ Viaja en autobús de niños con necesidades especiales

El estudiante viajará en autobús: ____AM únicamente ____PM únicamente ____AM y PM

INFORMACIÓN SOBRE EL TRANSPORTE EN AUTOBÚS

____ LUGAR DE RECOGIDA EN LA MAÑANA – (residencia donde el estudiante será recogido los 5 días consecutivos)

Domicilio residencial donde el estudiante será recogido en la ruta del autobús de la mañana

Nombre del adulto que vive en esta residencia N.º de teléfono N.º de celular

____ LUGAR DE DESTINO EN LA TARDE – (residencia donde el estudiante será dejado 5 días consecutivos)

Domicilio residencial donde el estudiante será dejado en la ruta del autobús de la tarde

Nombre del adulto que vive en esta residencia N.º de teléfono N.º de celular

INFORMACIÓN MÉDICA EN CASO DE EMERGENCIA

Brinde toda la información médica acerca de su niño que pueda ser de ayuda en caso de una emergencia.

Incluya el nombre y números de teléfonos de toda persona adicional que deba ser contactada en caso de no poder comunicarnos con usted:

Firma del padre o tutor

Fecha