

Distrito Escolar #91
Peticion De Servicios De Transporte Para Kindergarden

Fecha: _____

Nombre del estudiante _____ Edad (age): _____

Escuela _____ en la mañana(AM) _____ en la tarde(PM) _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Nombres de los padres: _____

En caso de emergencia:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Si el lugar donde debemos recoger o dejar a su niño es diferente que su dirección donde vive:

Donde recoger su niño Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

En donde dejar a su nino Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Solo para uso del Departamento de Transportación

AM

Pick-up Stop _____

Rt# _____

Drop Off Rt# _____

PM

Pick-up Rt# _____

Rt# _____

Drop Off Bus Stop _____

Special Notes: _____
