TRANSPORTATION FORM 2025-2026

NO BUS PASSES WILL BE ALLOWED

Student Name (last, first): _____ Teacher: _____ Grade: _____

Student's Home Address: _____

Parent/Guardians:	Home Phone	Cell Phone	Work Phone
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

_____
Parent Signature

_____
Parent Email Address

ALL BELOW INFORMATION MUST BE FILLED OUT

ALL CHANGES REQUIRE 48 HOURS NOTICE

AM TRANSPORTATION	PM TRANSPORTATION
____ Pick up Address: _____ ____ Car #: _____ ____ Walk from address: _____ ____ Before School Program ____ Self-Drive **Check Days That Apply** ____Monday ____Tuesday ____Wednesday ____Thursday ____Friday	____ Drop off Address: _____ ____ Car #: _____ ____ Walk to address: _____ ____ After School Program ____ Self-Drive **Check Days That Apply** ____Monday ____Tuesday ____Wednesday ____Thursday ____Friday
In Case of an Emergency Unplanned Dismissal the student will:	____ Drop off Address: _____ ____ Car #: _____ ____ Walk to address: _____ ____ Self-Drive

Name of person who will be picking up student: _____

_____

Transportation Office Use Only Below this Line

_____

AM:Bus# _____PM:Bus # _____Date Entered: _____Effective Date: _____

AM Stop Address: _____ PM Stop Address: _____

FORMULARIO DE TRANSPORTE 2025-2026

NO SE PERMITIRÁN PASES DE AUTOBÚS

Nombre del estudiante (apellido, nombre): _____ Maestro: _____ Grado: _____

Dirección particular del estudiante: _____

Padres/Tutores:	Teléfono de casa	Teléfono móvil	Teléfono del trabajo
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

_____
Firma de los padres

_____
Correo electrónico de los padres

TODA LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN DEBE SER COMPLETADA

TODOS LOS CAMBIOS REQUIEREN AVISO DE 48 HORAS

TRANSPORTE AM	TRANSPORTE PM
____ Dirección de entrega: _____ ____ Auto #: _____ ____ Caminar desde la dirección: _____ ____ Programa antes de clases ____ Auto manejo **Marque los días que aplican** ____ Lunes ____ Martes ____ Miércoles ____ Jueves ____ Viernes	____ Dirección de entrega: _____ ____ Auto #: _____ ____ Camine hasta la dirección: _____ ____ Despues del programa escolar ____ Auto manejo **Marque los días que aplican** ____ Lunes ____ Martes ____ Miércoles ____ Jueves ____ Viernes
En caso de una salida no planificada de emergencia, el estudiante:	____ Dirección de entrega: _____ ____ Auto #: _____ ____ Camine hasta la dirección: _____ ____ Auto manejo

Nombre de la persona que recogerá al estudiante: _____

_____

***Uso de la oficina de transporte solo debajo de esta línea* (Transportation Office)**

AM: Bus# _____ PM:Bus# _____ Date Entered: _____ Effective Date: _____

AM Stop Address: _____ PM Stop Address: _____