

Distrito Escolar 60 de Waukegan
Aplicación para Transporte Alterno

Tenga en cuenta: Las solicitudes pueden tardar un mínimo de 3 a 5 días para procesar. Arreglos deben de ser de Lunes a Viernes. Llame a su escuela para obtener la información del autobus.

INFORMACION DEL ESTUDIANTE (USE LETRA DE MOLDE) (POR FAVOR LLENE COMPLETAMENTE)

Nombre de Escuela: _____ Fecha de Hoy: _____

_____	_____	_____	_____	
Apellido del Estudiante	Primer Nombre	Numero de ID #	Grado	
_____	_____	_____	_____	
Direccion de la Casa	Apt.	Ciudad	Codigo Postal	Numero de Telefono

El estudiante vive con: Los Dos Padres Madre Padre Tutor Otro _____

Nombre del Padre/Tutor: _____ Telefono #: _____

Numero de Emergencia #: _____ Nombre y parentesco: _____

Estoy solicitando transporte en los siguientes lugares: (Si la dirección es la de la casa, deje en blanco)

Direccion Antes de la Escuela: _____ Ciudad: _____ Codigo: _____

Nombre de Centro/Proveedor: _____ Tel. #: _____

Direccion Despues de la Escuela: _____ Ciudad: _____ Codigo: _____

Nombre de Centro/Proveedor: _____ Tel. #: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Su hijo debe ser elegible para transportacion para recibir transporte hacia y desde un proveedor de cuidado de niños. El proveedor debe de estar dentro de los limites de la escuela que esta asistiendo.

For School Office Use Only

Rec'd: ____/____/____ by: _____ at _____ School

Date sent to Office of Transportation: ____/____/____

Notes:

For Office of Transportation Use Only

Date received by Office of Transportation: ____/____/____

Distance from school: _____ miles In School's Busing Boundary? *Yes / No* Application Approved: *Yes / No*

Denial Reason: Out of school boundaries (_____) Student's boundaries are: _____

Student is a Walker _____mi from school Student is a Parent Voluntary Transfer Out of District Address

CHANGE EFFECTIVE: _____

(DATE)

FAX BACK TO 224-399-8558 or Email to: warenas@wps60.org