



ESCUELAS PÚBLICAS DE FREEPORT  
OFICINA DE TRANSPORTACIÓN  
235 NO OCEAN AVENUE  
FREEPORT, NEW YORK 11520  
867-5220 Fax 867-8961  
transportation@freeportschools.org

**SOLICITUD PARA TRANSPORTE ESTUDIANTIL DESDE/HACIA EL CENTRO DE CUIDADO INFANTIL**

**Las solicitudes deben ser presentadas el 1 de julio. Las solicitudes recibidas después de esa fecha se les brindará el servicio hasta el 1 de octubre. Al inicio del ciclo escolar, habrá un periodo de cinco (5) días para procesar la solicitud.**

**Una vez aprobado, a su hijo se le dará un nuevo pase de autobús desde su edificio escolar. Una vez que el nuevo pase llegue a casa, el cambio tomara efecto el siguiente día escolar.**

Alumno: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre, Madre Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección del Padre, Madre o Guardián: \_\_\_\_\_

Teléfono del Hogar: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Solicito que mi niño(a) sea transportado(a) bajo las siguientes condiciones:

LOCACION DE RECOGER (AM) \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que cuida al niño(a) \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de la persona que cuida al niño(a) \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

LOCACION DE DEJAR (PM) \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que cuida al niño(a) \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de la persona que cuida al niño(a) \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

ESTUDIANTE SERA CAMINANTE: AM \_\_\_\_\_ PM \_\_\_\_\_

*Para tener derecho a transportación, la dirección de la guardería o la niñera, debe estar dentro del Distrito Escolar de Freeport. Además la distancia de esta dirección, debe cumplir con el reglamento de distancias especificadas por el Distrito Escolar de Freeport.*

*Entiendo y estoy de acuerdo en que ésta solicitud de transporte especial es para el servicio de bus diario. No serán aceptadas solicitudes para menos de cinco días de servicio semanales.*

En caso de que la solicitud sea aprobada, relevo al distrito escolar de la responsabilidad relacionada con cualquier daño que pudiera resultar como consecuencia de dicha aprobación.

He leído la solicitud y la comprendo completamente. Todos los datos incluidos están correctos, a mi mejor saber y entender.

Fecha: \_\_\_\_\_

(Firma del Padre, Madre o Guardián)

APPROVED DENIED Freeport School District Transportation Office

By: \_\_\_\_\_ Effective Date \_\_\_\_\_

**POR FAVOR TOME NOTA QUE CADA AÑO ES NECESARIO PRESENTAR UNA NUEVA SOLICITUD EL 1 DE JULIO ES LA FECHA LIMITE PARA EL SERVICIO DE SEPTIEMBRE.**