Centro de Transporte
1220 SW Walnut Street
Hillsboro, OR 97123
Oficina: (503) 844-1123
FAX: (503) 681-4689

Distrito Escolar de Hillsboro 1J
Año Escolar 2009 - 2010

Información Alterna Para Recoger y Regresar a Estudiantes

El servicio de transporte se les presta únicamente a los estudiantes que viven fuera del área designada para caminar, dentro de los límites de su zona de asistencia escolar. Por favor llene este formulario si su estudiante necesita ser recogido y/o dejado, en un lugar diferente al de su domicilio, en un horario establecido regularmente. **Todas las solicitudes serán válidas únicamente para el presente año escolar**.

Las solicitudes para recoger o dejar a los estudiantes en diferentes lugares sin un horario establecido regularmente, no se pueden aceptar. Los estudiantes no pueden "elegir" el lugar en donde serán recogidos o dejados. Las solicitudes para los cambios de semanas alternas no se pueden aceptar. Los cambios temporales (menos de un mes) deben solicitarse, enviando una nota a la escuela indicando la fecha del cambio solicitado. Llene este formulario y devuélvalo a su escuela o al Centro de Transporte. Si tiene preguntas, por favor llame a Transporte al (503) 844-1123.

LOS CAMBIOS EN EL TRANSPORTE PUEDEN TOMAR HASTA CINCO DIAS
EL CENTRO DE TRANSPORTE LE INFORMARA CUANDO SE HAYAN EFECTUADO LOS ARREGLOS

Marque una: ☐ Solicitud Nueva ☐ Cambio a la Solicitud Anterior
☐ Borre la Solicitud Anterior y Use la Dirección de la Casa

Nombre: _____ **Fecha:** _____
Apellido (Por favor, ponga **TODOS** los que use) Nombre (s):

ID del Estudiante: _____ Grado: _____ Maestro: _____ **Teléfono:** _____

Domicilio: _____ **Teléfono Alternativo:** _____

Teléfono de Emergencia: _____

Escuela: _____

Domicilio Alterno Donde Recoger:
*(**DEBE** tener # de la casa **Y** nombre de la calle)*

_____ _____
Número de la casa # Nombre de la Calle

Días de la Semana que se **Recogerá** a su hijo. (Marque todos los que correspondan)

Lun	Mar	Mier	Jue	Vier
☐	☐	☐	☐	☐

Nombre del Cuidador / Guardería: _____ **Teléfono:** _____

Domicilio Alterno Donde Regresar:
*(**DEBE** tener # de la casa **Y** nombre de la calle)*

_____ _____
Número de la casa # Nombre de la Calle

Días de la Semana a **Regresar** (Marque todos los que correspondan)

Lun	Mar	Mier	Jue	Vier
☐	☐	☐	☐	☐

Nombre del Cuidador/ Guardería: _____ **Teléfono:** _____

Firma _____ **Fecha** _____ **Parentesco con el estudiante** _____

Solo para uso oficial **Date Processed:** **School:** _____ **Input by:** _____

Transportation: _____ **Input by:** _____

T-20 rb:emr 8/2009 Spanish revision and update by: AVF/sh 7-20-06