



Dr. Laura P. Feijóo
Superintendent of Schools

City School District of New Rochelle
515 North Avenue
New Rochelle, NY 10801

SOLICITUD DE TRANSPORTE

SCHOOL YEAR: 20_____

OFFICE USE ONLY Magnet CILA Kaleidoscope

AM BUS: _____ TIME: _____ AM STOP: _____

PM BUS: _____ TIME: _____ PM STOP: _____

BUS COMPANY: _____ START DATE: _____

Padre/Tutor: Completa una solicitud para cada estudiante que se está inscribiendo. El personal de la oficina de transporte identificará y notificará a aquellos estudiantes que cumplen con el requisito de 1.5 millas por correo a fines de agosto.

FAVOR DE IMPRIMIR CLARAMENTE. INFORME LOS CAMBIOS DE NÚMERO DE TELÉFONO A LA OFICINA DE TRANSPORTE INMEDIATAMENTE.

Marque UNO: nuevo estudiante Cambio de dirección Cambio de escuela

Escuela: _____ Grado: _____ M F

Número Identificación del Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del Estudiante: _____

Apellido

Primer Nombre

Dirección: _____

Calle

APT.

Ciudad

Estado

Código Postal

Padre/Tutor Legal

Madre: _____ Padre: _____

Madre - Teléfono móvil: _____ Padre - Teléfono móvil: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Dr. Laura P. Feijóo
Superintendent of Schools

City School District of New Rochelle
515 North Avenue
New Rochelle, NY 10801



Firma del Padre/Tutor: _____

Relación al Estudiante: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia: _____

Relación al Estudiante: _____ Número de teléfono _____