

DISTRITO ESCOLAR PATCHOGUE MEDFORD

SOLICITUD PARA TRANSPORTE A UNA GUARDERÍA

DENTRO DE LA ZONA DE ASISTENCIA

2024 - 2025



ESTA SOLICITUD DEBE SER PRESENTADA A LA

OFICINA DE TRANSPORTE DE PATCHOGUE MEDFORD ANTES DEL 1 DE ABRIL DE 2024

Para ser completado cuando se requiera el servicio de autobús escolar

Nombre de estudiante _____ Fech. De Nac. _____
(Por favor imprimir)

Escuela _____ Grado _____

Dirección de Casa _____
Ciudad _____
(Por favor imprimir)

Nombre de Padres _____

Teléfono # _____ Celular # _____

Teléfono de Trabajo # _____ Otro Numero # _____

Solicito que el transporte sea proporcionado para mi hijo / hija a / de:

Nombre de guardería _____

Dirección de guardería _____

Teléfono de guardería # _____

Días solicitados Mañana Lunes Martes Miércoles Juevas Viernas
(Por favor marque)

Días Solicitados Tarde Lunes Martes Miércoles Juevas Viernas
(Por favor marque)

Closest Bus Stop _____

Parada de autobús más cerca _____ Telefono # _____

EL TRANSPORTE INICIARÁ TRES DÍAS ESCOLARES DESPUÉS DE QUE SE RECIBA ESTE FORMULARIO

Firma de Padre _____ Fecha _____

Return to : **Patchogue Medford Schools**
Departamento de Transporte
121 Saxton Street
Patchogue, New York, 1772
Phone 631- 687-6460
Fax 631-687-6469
transportation@pmschools.org

Para uso exclusivo del Departamento de Transporte

Transportation _____ Approved: _____ Denied: _____