

# DISTRITO ESCOLAR PATCHOGUE MEDFORD

## SOLICITUD PARA TRANSPORTE A UNA GUARDERÍA

DENTRO DE LA ZONA DE ASISTENCIA



2019 – 2020



Debido a la redistribución del distrito, se considerarán excepciones por caso para el año escolar 2019-2020.

ESTA SOLICITUD DEBE SER PRESENTADA A  
PATCHOGUE MEDFORD OFICINA DE TRANSPORTE ANTES DEL 1 DE ABRIL DE  
2019

Para ser completado cuando se requiera el servicio de autobús escolar

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

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_  
(Por favor imprimir)

Nombre de Padres Mamá \_\_\_\_\_  
Papá \_\_\_\_\_

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	Jueves	Viernes
			(Por favor marque)		

Días Solicitados Tarde	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
			(Por favor marque)		

Parada de autobús más cerca \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_ TELÉFONO # \_\_\_\_\_

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

Firma de Padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Devolver a:  
**Patchogue Medford Schools**  
**Departamento de Transporte**  
121 Saxton Street  
Patchogue, New York, 11772  
Phone 631- 687-6460  
**Fax 631-687-6469**  
[transportation@pmschools.org](mailto:transportation@pmschools.org)