

Transportation
office use only

Date Received: _____

Input by: _____

CHICO UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Departamento de Transportación
2455 Carmichael Drive
Chico, CA 95928
(530) 891-3097
(530) 891-3149 FAX



Fecha: _____ (Aplicación buena por un año a partir de la fecha de la solicitud.)

Información del Estudiante

Identificación permanente del estudiante: # _____

Nombre del Estudiante: _____ Apellido _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Masculino/ Femenino (círcula uno)

Escuela: _____ Grado: _____ Días: Lun Mar Mier Jue Vier

Programa (círcula lo que aplica): Pre K ED M/S-SDC M/M-SDC RSP Adult Ed Otro: _____

Maestro(a) Actual: _____ Hora de Inicio: _____ Hora de Finalización: _____

¿El estudiante es capaz de viajar en un autobús grande? ☐ Si ☐ No
(Autobús de 40 pies, posiblemente sin cinturones de seguridad)

Recogida en AM _____ Domicilio _____

Entrega en PM _____ Domicilio _____

Información del los Padres

CONTACTO 1

CONTACTO 2

Padre/Tutor:

_____ Apellido _____ Nombre

_____ Apellido _____ Nombre

Relación al Estudiante

Relación al Estudiante

Domicilio

_____ Calle/Ciudad/Código Postal

_____ Calle/Ciudad/Código Postal

_____ Correo Electrónico

_____ Correo Electrónico

Números de Teléfono:

Casa: () _____

Casa: () _____

Cell: () _____

Cell: () _____

Trabajo: () _____

Trabajo: () _____

Contacto Adicional

_____ Nombre _____ Relación _____ Número de Teléfono

Firma del Padre/Tutor: _____

EL REVERSO DEBE SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DEL DISTRITO ANTES DE QUE SE PUEDA PROPORCIONAR EL TRANSPORTE.