

Dr. Laura P. Feijóo  
Superintendent of Schools

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



**TRANSPORTE - APLICACIÓN DE CUIDADO CUIDADO DE NIÑOS**

**AÑO ESCOLA: 20** \_\_\_\_\_

**DEVOLVER A:**

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

Marque UNO:  Cuidado de niños  Instrucción religiosa

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_

**Dirección del Estudiante:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Escuela:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Grado para Septiembre del 2020 (Marque uno):**      K      1      2      3      4      5

**Información del Padre/Tutor**

**Madre** \_\_\_\_\_ **Padre** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono alterno.** \_\_\_\_\_

**Dirección de Correo Electrónico.** \_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Madre/Tutor Legal** \_\_\_\_\_

**Relación al Estudiante:** \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

**Nombre del contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY**

**Start Date:** \_\_\_\_\_ **Bus Company:** \_\_\_\_\_

**Bus Route:** \_\_\_\_\_ **Bus Stop:** \_\_\_\_\_



Dr. Laura P. Feijóo  
Superintendent of Schools

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

¿Eres elegible para el transporte de casa a la escuela? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_ (TOMARÁ HASTA 10 DÍAS PARA PROCESAR)

A. ANTES DE LA ESCUELA \_\_\_\_\_  
Nombre y dirección del Centro de Cuidado o Programa de Instrucción Religiosa.

DÍAS DE LA SEMANA (CÍRCULO) LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES

NOMBRE DEL ADULTO EN EL CENTRO DE CUIDADO DE NIÑOS: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

B. DESPUES DE LA ESCUELA \_\_\_\_\_  
Nombre y dirección del Centro de Cuidado o Programa de Instrucción Religiosa.

DÍAS DE LA SEMANA (CÍRCULO) LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES

NOMBRE DEL ADULTO EN EL CENTRO DE CUIDADO DE NIÑOS: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY**

Start Date: \_\_\_\_\_ Bus Company: \_\_\_\_\_

Bus Route: \_\_\_\_\_ Bus Stop: \_\_\_\_\_