



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 IMPRIMAR 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 \_\_\_\_\_