

Dr. Alex Marrero
Interim 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. Alex Marrero
Interim 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: _____