

# DISTRITO ESCOLAR PATCHOGUE MEDFORD

SOLICITUD PARA TRANSPORTE A UNA GUARDERÍA

DENTRO DE LA ZONA DE ASISTENCIA

2024 - 2025



ESTA SOLICITUD DEBE SER PRESENTADA A LA

OFICINA DE TRANSPORTE DE PATCHOGUE MEDFORD ANTES DEL 1 DE ABRIL DE 2024

Para ser completado cuando se requiera el servicio de autobús escolar

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

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

Dirección de Casa \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

(Por favor imprimir)

Nombre de Padres \_\_\_\_\_

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      Juevas      Viernas       
(Por favor marque)

Días Solicitados Tarde      Lunes      Martes      Miércoles      Juevas      Viernas       
(Por favor marque)

Closest Bus Stop \_\_\_\_\_

Parada de autobús más cerca \_\_\_\_\_ Telefono # \_\_\_\_\_

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

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

Return to : **Patchogue Medford Schools**  
**Departamento de Transporte**  
121 Saxton Street  
Patchogue, New York, 1772  
Phone 631- 687-6460  
Fax 631-687-6469  
[transportation@pmschools.org](mailto:transportation@pmschools.org)

Para uso exclusivo del Departamento de Transporte

Transportation \_\_\_\_\_ Approved: \_\_\_\_\_ Denied: \_\_\_\_\_