



Valley View School District 365 and Spangler Transportation Center Alternative Location Transportation

STUDENT FIRST & LAST NAME		STUDENT ID#
SCHOOL	GRADE	KINDERGARTEN: ☐ AM ☐ PM
ADDRESS (CITY, STATE, ZIP)		
HOME PHONE	CELL PHONE	WORK PHONE

Transportation Needed for: ☐ A.M. ☐ P.M. ☐ Both A.M. and P.M.

I am giving my permission for my child to ride Valley View School District 365U buses for the school year. I realize my child must walk to an existing bus stop, and I assume full responsibility for my child getting to and from the bus stop safely. I am also aware that if my child misbehaves, or if space is needed for an eligible bus student, my child may lose bus riding privileges. I have read and fully understand the program details and Waiver and Release of All Claims found at www.vvvsd.org/transportation.

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN

DATE

Childcare provider to fill out this section:

I, _____; the undersigned, reside at

ADDRESS (CITY, STATE, ZIP)

PHONE NUMBER

_____ will be the childcare provider's phone number.

I have read and fully understand the above program details and by my signature, swear and affirm that the information stated above is true and correct.

SIGNATURE OF CHILDCARE PROVIDER

DATE

Include a copy of driver's license or state ID of both the Parent and child care provider.

FOR OFFICE USE ONLY

DATE:	SCHOOL YEAR:	☐ APPROVED ☐ DENIED	INITIALS:
SCHOOL:	ROUTE #:	PICK-UP TIME:	STOP ID #:
DRIVER:		STOP LOCATION:	☐ INFO FAXED TO SCHOOL



Valley View School District 365 and Spangler Transportation Center

Ubicación Alterna para el Transporte

NOMBRE Y APELLIDO DEL ALUMNO		# DE IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO
ESCUELA	GRADO	KINDER: ☐ AM ☐ PM
DIRECCIÓN (CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)		
TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO MÓVIL	TELÉFONO DEL TRABAJO

Se necesita transporte para: ☐ A.M. ☐ P.M. ☐ Ambos A.M. y P.M.

Doy mi permiso para que mi hijo/a viaje en los autobuses del Distrito Escolar 365U de Valley View durante el año escolar. Estoy consciente de que mi hijo/a debe caminar a una parada de autobús existente, y asumo toda la responsabilidad para que mi hijo/a vaya y regrese de la parada de autobús de forma segura.

También estoy consciente de que si mi hijo/a se porta mal, o si se necesita espacio para un alumno elegible en el autobús, mi hijo/a puede perder los privilegios de viajar en el autobús. He leído y entiendo perfectamente los detalles del programa, la renuncia y liberación de todas los reclamos que se encuentran en www.vvdsd.org/transportation.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR

FECHA

El proveedor de cuidado infantil debe completar esta sección:

Yo, _____; el abajo firmante, resido en

DIRECCIÓN (CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)

_____ es el número de teléfono del proveedor de cuidado infantil.
NÚMERO DE TELÉFONO

He leído y entiendo perfectamente los detalles del programa y con mi firma, juro y afirmo que la información indicada arriba es verdadera y correcta.

FIRMA DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS

FECHA

Incluya una copia de la licencia de conducir o identificación del estado tanto del padre como del proveedor de cuidado infantil.

SOLAMENTE PARA USO DE OFICINA

FECHA:	AÑO ESCOLAR:	☐ APROBADO ☐ NEGADO	INICIALES:
ESCUELA:	# DE RUTA:	HORARIO DE RECOGIDA:	PARADA # DEL ID:
CONDUCTOR:		UBICACIÓN DE LA PARADA:	☐ INFORMACIÓN ENVIADA A LA ESCUELA POR FAX