Departamento de Salud del Condado de Westchester
CSN – Intervención Temprana/Pre-escolar
Planilla de Autorización de Transporte en Autobús.

Escoja una: Nuevo Estudiante ☐ Cambio de Información ☐ Razón del cambio: _____
Fecha de Terminación: _____ Peso Aproximado del Niño: _____
Escoja una: Intervención Temprana_____ y EIOD_____ o Pre-escolar_____
Necesidades Especiales: SILLA DE RUEDAS ☐ OXIGENO ☐ COCHE DE BEBE ☐ OTRO (Especificar):_____
Apellido Legal del Niño: _____ Nombre: _____ Inicial 2do Nombre.:_____
Sexo M ☐ F ☐ Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa):_____
Dirección Legal: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
Distrito Escolar: _____
Padres/Guardianes(o Padres Adoptivos):
_____ Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Negocio: _____ Correo Electrónico: _____
Madre
_____ Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Negocio: _____ Correo Electrónico: _____
Padre
Programa: _____ Dirección:_____
Fecha de Inicio: _____ Fecha de Finalización: _____ Hora de Inicio: _____ Hora de Llegada: _____
Escoja una: Ida y Vuelta ☐ Sólo recoger ☐ Sólo dejar ☐
EI - PICK-UP: M ☐ T ☐ W ☐ TH ☐ F ☐ EI - DROP- OFF: M ☐ T ☐ W ☐ TH ☐ F ☐

Recoger- Si hay otra además de la dirección legal	**Dejar – Si hay otra además de la dirección legal**
Nombre:	Nombre:
Dirección	Dirección
Ciudad:	Ciudad:
Teléfono: Celular:	Teléfono: Celular:

Personas Adicionales para recibir al niño (Deben presentar identificación)		
Nombre:	Relación:	Celular:
Nombre:	Relación:	Celular:
Nombre:	Relación:	Celular:

Contacto de emergencia para el niño	**Contacto de emergencia para el niño #2**
Nombre:	Nombre:
Relación:	Relación:
Dirección:	Dirección:
Ciudad:	Ciudad:
Teléfono: Celular:	Teléfono: Celular:

Basado en la ruta y/o ubicación del progama, las rutas escolares pueden tardar hasta 60 minutos de ida.

_____ __/__/__ _____ __/__/__

Firma del representante del distrito escolar Fecha Padre/Guardián/Firma Sustituta Fecha

WCDOHSIF/1/2018/TM

Reset Form