

**Upper Adams School District**  
**2024-2025 Charter School Student**  
**Transportation Request Form**

Check one:

I request Upper Adams School District to transport my child to the below named Charter School.

I do not wish to request transportation from Upper Adams School District at this time.  
Please complete Name, Address and Birthdate, school & grade

Student Name \_\_\_\_\_ Birth date \_\_\_\_\_

Parent(s) or Guardian(s) Name(s) \_\_\_\_\_

Address (include mailing address) \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Home Phone # \_\_\_\_\_ Mother's Work Phone # \_\_\_\_\_ Father's Work # \_\_\_\_\_  
Cell Phone # \_\_\_\_\_

Charter School Attending Vida Charter School Current Grade \_\_\_\_\_

Concise description of location student is to be picked up in the morning, must be same stop Monday through Friday (include road # and name):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Concise description of location student is to be dropped off in the afternoon, must be same stop Monday through Friday (include road # and name):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

In the event of an emergency, such as an early dismissal due to inclement weather, please list an alternate person to pick up your child should we be unable to deliver them to the above stop and we are unable to reach a parent or guardian.

Alternate Name \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_

Address (include road # and name) \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Does the student have a medical condition that the school district and/or bus driver should know about?  Yes  No

If Yes, please explain. \_\_\_\_\_

Signature of Parent \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Return to your school or: UASD, Attn: Transportation, PO Box 847, Biglerville, PA 17307

***Distrito Escolar de Upper Adams***  
**2024-2025 Forma de Solicitud para el Transporte**  
**Del Estudiante del Escuela Chárter o Escuela Privada**

Marque uno:

Pido transporte del Distrito Escolar de Upper Adams para mi hijo a la siguiente School  
 *No deseo transporte del Distrito Escolar de Upper Adams ahora*

Por favor ponga el Nombre y Apellido, Dirección, Fecha de Nacimiento y Grado

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombres de los Padres o Nombres del los Tutores Legales  
\_\_\_\_\_

Dirección (incluya la dirección de correo ) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

# de Teléfono de casa \_\_\_\_\_ # de Teléfono del trabajo de la madre \_\_\_\_\_

# de Teléfono del trabajo del padre \_\_\_\_\_ # de Teléfono celular \_\_\_\_\_

Escuela a la que asiste Escuela Vida Chárter 24-25 Grado \_\_\_\_\_

Breve descripción del local de donde el estudiante se recogerá el estudiante por la mañana, debe ser el mismo lugar lunes a viernes (incluya el numero de su casa, la calle y el nombre):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Breve descripción del local de donde el estudiante se dejara en la tarde, debe ser el mismo lugar lunes a viernes (incluya el numero de su casa, la calle y el nombre):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En el caso de una emergencia, como por ejemplo un despido temprano debido al mal tiempo, por favor indique una persona que pueda recoger a su hijo si no es posible que dejemos a su hijo en la dicha parada y no hemos podido ponernos en contacto con el padre o madre.

Nombre Alternativo \_\_\_\_\_ # Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección (incluya el numero de su casa, la calle y el nombre): \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

¿Tiene el estudiante una condición médica que el distrito escolar y / o el conductor del camión debe saber? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si es que Sí por favor explique.  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Regrese al UASD, Attn: Transportation, PO Box 847, Biglerville, PA 17307