

# PATCHOGUE-MEDFORD SCHOOL DISTRICT

REQUEST FOR TRANSPORTATION TO A DAY-CARE PROVIDER  
WITHIN THE ATTENDANCE ZONE

2024 - 2025



THIS APPLICATION MUST BE FILED WITH  
PATCHOGUE MEDFORD TRANSPORTATION OFFICE BY **APRIL 1, 2024**

To be completed whenever school bus service is required

Name of Student \_\_\_\_\_ D.O.B \_\_\_\_\_  
(Please Print)

School \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Home Address \_\_\_\_\_  
Town \_\_\_\_\_  
(Please Print)

Parent's Name \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Home Phone # \_\_\_\_\_ Cell Phone # \_\_\_\_\_

Work Phone # \_\_\_\_\_ Other # \_\_\_\_\_

I request that transportation be provided for my son / daughter to / from:

Day Care Providers Name \_\_\_\_\_

Day Care Providers Address \_\_\_\_\_

Day Care Providers Phone # \_\_\_\_\_

A.M. Days Requested    Monday    Tuesday    Wednesday    Thursday    Friday  
(Please Circle)

P.M. Days Requested    Monday    Tuesday    Wednesday    Thursday    Friday  
(Please Circle)

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

EMERGENCY CONTACT \_\_\_\_\_ PHONE # \_\_\_\_\_

**\*TRANSPORTATION WILL START THREE SCHOOL DAYS AFTER THIS FORM  
HAS BEEN APPROVED\***

Parent's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Return to :                    Patchogue Medford Schools  
   Transportation Department  
   121 Saxton Street  
   Patchogue, New York, 11772  
   Phone 631- 687-6460  
   Fax 631-687-6469  
   [transportation@pmschools.org](mailto:transportation@pmschools.org)

**For Transportation Department Use Only**

Transportation                    Approved:                    Denied:

# 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: \_\_\_\_\_