Los Lunas Schools

Every Student Matters, Every Moment Counts!

TRANSPORTATION DEPARTMENT

Post Office Drawer 1300, Los Lunas, NM 87031

Telephone Number (505) 866-2147

Transportation Registration 2025-2026

PLEASE FILL OUT THIS FORM TO SCHEDULE YOUR STUDENT FOR BUS TRANSPORTATION FOR THE 2024-2025 SCHOOL YEAR. FORM MUST BE TURNED INTO THE SCHOOL TRANSPORTATION DEPARTMENT TO ENSURE THAT YOUR STUDENT WILL RECEIVE BUS TRANSPORTATION SERVICES (IF ELIGIBLE).

School: _____ Student ID #: _____ Bus #: _____
Student's Name: _____ Grade: _____ Date of Birth: _____
Guardian's Name: (Parent) _____ (Parent) _____
E-Mail Address: _____ Zip Code: _____
Street Address: _____ Zip Code: _____
Telephone Number: _____ Father #: _____ Mother #: _____

IN CASE OF EMERGENCY, ILLNESS OR ACCIDENT THE SCHOOL IS AUTHORIZED TO PROCEED AS INDICATED BELOW:

Notify: _____ Relationship: _____ Telephone Number: _____
Notify: _____ Relationship: _____ Telephone Number: _____
Notify: _____ Relationship: _____ Telephone Number: _____
Notify: _____ Relationship: _____ Telephone Number: _____

Emergency Facility Preference: _____

Physician's Name: _____

It is understood, further, that I will pay for ANY Emergency Transportation & for Any Subsequent Care, unless the costs are otherwise covered by insurance. I acknowledge that I have reviewed the bus rules on the website at www.llschools.net .

_____ _____
Date Signature of Parent or Guardian

_____ _____
Date Transportation Administrator

BUS STOP _____

Los Lunas Schools

Every Student Matters, Every Moment Counts!

DEPARTAMENTO DE TRANSPORTACIÓN

Post Office Drawer 1300, Los Lunas, NM 87031

Teléfono (505) 866-2147

FORMA DE REGISTRACIÓN PARA TRANSPORTACIÓN 2025-2026

POR FAVOR LLENEN ESTA FORMA PARA MATRICULAR A SUS ESTUDIANTES PARA EL SERVICIO DE TRANSPORTACIÓN PARA EL AÑO ESCOLAR 2024-2025. ESTA FORMA TIENE QUE SER ENVIADA AL DEPARTAMENTO DE TRANSPORTACIÓN PARA ASEGURAR QUE LOS ESTUDIANTES RECIVAN EL SERVICIO DE TRANSPORTACIÓN (SI ES ELEGIBLE).

Escuela: _____ Estudiante ID #: _____ Camión #: _____
Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre de los Padres: (Papá) _____ (Mamá) _____
Email Address: _____ Código postal: _____
Dirección de la casa: _____ Código postal: _____
De teléfono: _____ Padre #: _____ Madre #: _____

EN CASO DE EMERGENCIA, ENFERMEDAD O ACCIDENTE LA ESCUELA ESTA AUTORIZADA EN PROCEDER EN EL SIGUIENTE ORDEN:

Notificar a: _____ Parentesco: _____ # de teléfono: _____
Notificar a: _____ Parentesco: _____ # de teléfono: _____
Notificar a: _____ Parentesco: _____ # de teléfono: _____
Notificar a: _____ Parentesco: _____ # de teléfono: _____

Hospital de su preferencia: _____

Nombre de su doctor: _____

Entiendo, que yo cubriré los gastos de transportación en caso de alguna emergencia y el costo de su cuidado médico, al no ser que mí a seguranza la cubra. Les doy a conocer que ya revise las reglas en la página de internet al www.llschools.net

_____ _____
Fecha Firma de los Padres o Tutores Legales

_____ _____
Fecha Administrador de Transportación

BUS STOP_____