

**Transporte del Distrito Escolar (ISD) de Midlothian
Contrato de pasajero calificado
2025 - 2026**

DATOS DEL ALUMNO

Apellido		Nombre		Nombre común (apodo)			Sexo	Fecha de nacimiento
							M F	
Domicilio (donde vive el alumno)				Ciudad			Estado	Código Postal
Dirección alternativa (<i>requiere la aprobación del Departamento de Transporte de MISD</i>) AM PM Ambos				Ciudad			Estado	Código Postal
Campus	Grado	# ID del alumno	Telf. celular del alumno	El alumno viajará en autobús: Mañana y Tarde Sólo la mañana Sólo la tarde				
Datos médicos (de aplicarse):								
Síntomas:								
Tratamiento:								
Información adicional:								

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR

MADRE/TUTORA			PADRE/TUTOR			
Apellido	Primer Nombre	Vive con el alumno Sí No	Apellido	Primer Nombre	Vive con el alumno Sí No	
Domicilio (si es distinto al del alumno)			Domicilio (si es distinto al del alumno)			
Ciudad	Estado	Código Postal	Ciudad	Estado	Código Postal	
Telf. celular	Telf. del hogar		Telf. celular	Telf. del hogar		
Telf. del trabajo	Método preferido de contacto (ponga círculo) Celular Hogar Trabajo		Telf. del trabajo	Método de contacto preferido (ponga círculo) Celular Hogar Trabajo		
Dirección electrónica			Dirección electrónica			

DATOS DE CONTACTO ALTERNATIVO PARA EMERGENCIAS

#1 Apellido	Primer Nombre	Parentesco	#2 Apellido	Primer Nombre	Parentesco
Telf. celular	Telf. del hogar		Telf. celular	Telf. del hogar	
Telf. del trabajo	Método de contacto preferido (ponga círculo) Celular Hogar Trabajo		Telf. del trabajo	Método de contacto preferido (ponga círculo) Celular Hogar Trabajo	

Mis padres y yo hemos leído y tratado el Manual de Instrucción/Seguridad de Pasajeros de Autobús y aceptamos obedecerlo y yo prometo acatar el contenido del mismo y ayudar al conductor a fomentar un ambiente seguro para garantizar un servicio seguro y apropiado. Entiendo además que el Departamento de Transporte de MISD guardará en confianza y protegerá toda la información anterior y la utilizará para comunicarse con un Padre/Tutor para fines de emergencia/control del alumno. Entiendo además servicio de autobús escolar es un privilegio, no un derecho, zonas de transporte escolar están sujetos a cambios, y yo podría ser colocados en una zona de servicio no autobús en algún momento en el futuro. SE REQUIERE IDENTIFICACION EN TODO MOMENTO

Favor de entregar este formulario llenado a la oficina de Transporte **TRES (3) DÍAS** antes de requerir el servicio.

Firma del alumno (Iniciales, si es alumno de escuela primaria)	Fecha	Firma del parentesco	Fecha
--	-------	----------------------	-------

Para uso exclusivo del Departamento de Transporte

AM Route:	Time	PM Route:	Time			
Alternate Address Request Approved: No Yes			AM	PM	Ambos	by:
AM Route:	Time	PM Route:	Time			
Pick up Stop	Drop off Stop					