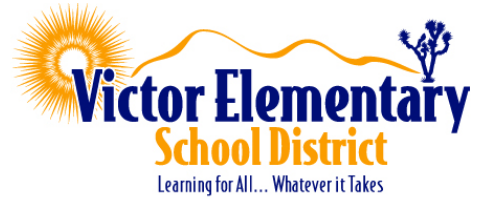


25/26

SPECIAL ED TRANSPORTATION PLAN
Plan de Transporte de Educacion Especial



Date/Fecha: _____ STUDENT ID/# de Identificación: _____ Grade/Grado: _____

School /Escuela: _____ Program (Circle One) / Programa (Selecione uno): SDC RSP SPEECH

Teacher/Maestro/a: _____ School Hours/Horario Escolar: _____

Student Name/Nombre del alumno: _____ D.O.B/Fecha de Nacimiento: _____

Parent/Guardian/Padre/Madre/Tutor: _____

Home Address/Dirección: _____

Mom Phone/Teléfono de madre: _____ Dad Phone/Teléfono de padre: _____

EMERGENCY CONTACTS/CONTACTOS DE EMERGENCIA:

1. Name/Nombre _____

2. Name/Nombre _____

Relationship/Relación _____

Relationship/Relación _____

Phone/Teléfono _____

Phone/Teléfono _____

If Different than home address above/Si es diferente de su dirección de domicilio:

Pick up Address/Dirección de Recogida: _____

Pick up Phone/Teléfono de la persona de Recogida: _____

Days of the week (Please Circle)/Dias de la semana (Selecione) M/Lun. T/Mart. W/Mierc. TH/Juev. F/Vier.

Drop off Address/Dirección de Entrega: _____

Drop off Phone/Telefono de la persona de Recogida: _____

Days of the week (Please Circle)/Dias de la semana (Selecione) M/Lun. T/Mart. W/Mierc. TH/Juev. F/Vier.

Does the bus need to be met at school? ¿Debe estar presente alguien en la escuela para recibir al camion?	MUST CIRCLE ONE: DEBE SELCCIONAR UNO: Yes/Sí No
Does the parent/guardian need to meet the bus when dropped off? ¿Debe el padre/tutor legal estar presente para recibir al autobus?	MUST CIRCLE ONE: DEBE SELCCIONAR UNO: Yes/Sí No

SPECIAL EQUIPMENT/EQUIPAMIENTO ESPECIAL:

Wheelchair/Silla de Ruedas: _____ On Routine Medicine/Rutina de Medicamentos Yes/Sí No

Chest Harness (Must be written in IEP)/Arnés de Pecho (Debe estar escrito en el IEP): _____

Additional Instructions/Information per IEP/Instrucciones/Información adicionales según el IEP: _____

Parent/Guardian Signature/Firma de Padre/Madre/Tutor: _____