

# FALL RIVER PUBLIC SCHOOLS

*"The Scholarship City"*

417 Rock Street, Fall River, MA 02720

*Tracy Curley, Ed.D., Superintendent*

## FORMULARIO DE PERMISO DE SALIDA PARA ESTUDIANTES

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

ESCUELA A LA QUE ASISTÍA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_

*Deseo agregar los siguientes nombres a la lista de personas a las que doy permiso para recibir a mi hijo del autobús.*

NOMBRE

RELACIÓN

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*\*Tenga en cuenta que se requerirá una identificación válida para recibir a los estudiantes.*

*\*Debe entregar una copia de este formulario firmado al monitor del autobús o enviarlo a nuestra oficina por correo electrónico a: [dmcavalho@fallriverschools.org](mailto:dmcavalho@fallriverschools.org).*

*Conserve una copia para sus registros.*

*Gracias.*