



Gina Reilly
Director, Department of Special Education
Educational Services Division
750 Waverly Avenue
Holtsville, NY 11742
631/244-4033
Fax: 631/240-8971
E-mail: greilly@esboces.org
www.esboces.org

2025-2026
DESPIDO ALTERNO/FORMA PERMISO DE SALIDA DE ESTUDIANTE

Yo, _____, doy permiso a mi hijo(a) _____
(Padre/Persona con Relación Paternal) (Nombre Estudiante)

de ser recogido de la escuela por: _____

en los siguientes día(s) /fecha(s): _____

Yo comprendo que si hay un cambio en el permiso antes mencionado, Yo notificaré por escrito el escuela de mi hijo(a).

Firma del Padre/Persona con Relación Paternal

Fecha

POR FAVOR COMPLETE Y DEVUELVALA A LA OFICINA DE LA ESCUELA.

GRACIAS POR SU ASISTENCIA.