

Fairfield Area School District

School Year: 2026-2027 Transportation Request Form

_____ I request the FASD to transport my student(s) to: Vida Charter School located in Gettysburg, PA
_____ I do **NOT** wish to request transportation from the FASD at this time. (Please only complete top portion)

Student(s) Name: _____ Birth Date _____

Parent/Guardian Name: _____ Grade _____

Address: _____

City _____ State _____ Zip _____

Home Phone No. _____ Cell Phone No. _____

Work Phone No. _____ E-mail _____

PLEASE CHOOSE THE ONE OF THE FOLLOWING OPTIONS:

AM Transportation:

_____ **AM:** Pick up at FASD (van will meet under the logo in front of the school) at approx. 7:40 am

PM Transportation:

_____ **PM:** Drop off at FASD (van will meet under the logo in the front of the school) at approx. 3:30 pm

EMERGENCY CONTACT INFORMATION: In the event of an emergency, such as an early dismissal due to inclement weather, please list an alternate person to pick up your child.

Alternate Name _____ Phone No(s). _____

Address _____ Relationship to Student _____

City _____ State _____ Zip _____

MEDICAL CONDITION: Does the student have a medical condition that the school district and/or bus driver should know about? Yes _____ No _____

If Yes, please explain _____

PLEASE RETURN THIS FORM TO FAIRFIELD SCHOOL DISTRICT,
TRANSPORTATION DEPARTMENT, 4840 FAIRFIELD ROAD, FAIRFIELD PA 17320

Fairfield Area School District

Año Escolar: 2026-2027 Formulario de Solicitud de Transporte

____ Solicitó que el FASD transporte a mi(s) estudiante(s) a: **Vida Charter School** ubicada en Gettysburg, PA
____ **NO** deseo solicitar transporte del FASD en este momento. (Por favor, rellene sólo la parte superior)

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de los padres/Tutor legal: _____ Grado: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Zip: _____

Número de Teléfono: _____ Número de teléfono móvil: _____

Número de teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____

ELIJA UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:

Transporte por la mañana:

____ **AM:** Recogida en el FASD (la camioneta llegará bajo el logo en frente de la escuela) a las 7:40 am aprox.

Transporte por la tarde:

____ **PM:** Bajada en el FASD (la camioneta llegará bajo el logo en frente de la escuela) a las 3:30 pm aprox.

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA: en el caso de una emergencia, como una despedida temprana debido a clima inclemente, por favor anote una persona alternativa para recoger a su niño.

Nombre Alternativo: _____ **Número(s) de teléfono:** _____

Dirección: _____ **Relación al Estudiante:** _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Zip:** _____

CONDICIÓN MÉDICA: ¿Tiene el alumno alguna condición médica que el distrito escolar y/o el conductor del autobús debería de saber?

En caso afirmativo, por favor explique: _____

**POR FAVOR DEVUELVA ESTE FORMULARIO AL DISTRITO ESCOLAR DE FAIRFIELD,
DEPARTAMENTO DE TRANSPORTE, 4840 FAIRFIELD ROAD, FAIRFIELD PA 17320**