FALL RIVER PUBLIC SCHOOLS

"The Scholarship City"
417 Rock Street, Fall River, MA 02720

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: dmcarvalho@fallriverschools.org.***

Conserve una copia para sus registros.

Gracias.