FALL RIVER PUBLIC SCHOOLS

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

FORMULÁRIO DE PERMISSÃO DE LIBERAÇÃO DE ALUNOS

DATA: _____

NOME DO ALUNO: _____

FREQUÊNCIA ESCOLAR: _____

ASSINATURA DO PAI/RESPONSÁVEL: _____

Desejo adicionar os seguintes nomes à lista de pessoas a quem estou dando permissão para pegar meu filho no ônibus.

NOME	RELAÇÃO
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

** Observe que será necessário apresentar um documento de identificação válido ao receber os alunos.*

** Uma cópia deste formulário assinado deve ser entregue ao monitor do ônibus e/ou enviada à nossa secretaria por e-mail para: dmcarvalho@fallriverschools.org.*

Guarde uma cópia para seus registros.

Obrigado.