FALL RIVER PUBLIC SCHOOLS

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

FORMULÁRIO DE PERMISSÃO SOMENTE PARA ALUNOS DE ENSINO MÉDIO E MÉDIO COM EDUCAÇÃO ESPECIAL

Autorizo, por meio deste, a _____ (Nome da Empresa de Ônibus) e as Escolas Públicas de Fall River a permitirem que meu(minha) filho(a) ou criança por quem sou responsável seja deixado(a) sem a presença de um dos pais ou responsável. Isento a empresa de ônibus e as Escolas Públicas de Fall River de qualquer responsabilidade em relação ao acordo acima.

DATA: _____

NOME DO ALUNO: _____

FREQUÊNCIA ESCOLAR: _____

ASSINATURA DO PAI/RESPONSÁVEL: _____

** 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.