FALL RIVER PUBLIC SCHOOLS

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

FORMULARIO DE PERMISO SOLO PARA ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN ESPECIAL PUERTA A PUERTA DE ESCUELA MEDIA Y SECUNDARIA

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.

FECHA: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

ESCUELA A LA QUE ASISTÍA: _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____

**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.