SAN MARCOS UNIFIED SCHOOL DISTRICT
engaging students...inspiring futures

SOLICITUD DE TRANSPORTE PARA EDUCACIÓN ESPECIAL

Año Escolar 2019-2020

☐ESTUDIANTE EXISTENTE	☐CAMBIO DE SITIO DE RECOJIDA	☐CAMBIO DE DOMICILIO	☐TERMINACIÓN DE TRANSPORTE
☐ESTUDIANTE NUEVO	☐CAMBIO DE SITIO DE DEJADA	☐CAMBIO DE ESCUELA	☐OTRO_____

Nombre del estudiante_____ Fecha de nacimiento_____ Grado_____

Domicilio_____ Ciudad _____Código postal_____ Tel. de casa_____

Fecha de inicio solicitada_____ Escuela de asistencia _____ Escuela de residencia _____

Nombre de la madre _____ Tel. de trabajo_____ Celular_____

Nombre del padre: _____ _ Tel. de trabajo_____ Celular_____

Dirección para recoger por la mañana_____
Ciudad Código Postal

Dirección para dejar por la tarde_____
Ciudad Código postal

☐ Igual que la dirección por la mañana

¿Alguien debe recibir al niño al regresar a esa dirección? Sí/No Nombre del adulto que va a recibir al estudiante: _____

Inquietudes médicas/alergias/notas_____

_____

Contacto de emergencia _____ Relación _____ Teléfono _____

Contacto de emergencia _____ Relación _____ Teléfono _____

Como padre o tutor, he leído y estoy de acuerdo con los reglamentos y pólizas relacionados con los servicios de transporte.

Firma del padre o tutor_____ Fecha_____

SPECIAL EDUCATION CASE MANAGER USE ONLY *(Uso exclusivo de la oficina)*

School name_____ Permanent Id No._____

Regular start time _____ Regular end time _____

Late start M, T, W, Th, F Start time_____ End Time _____

Early release M, T, W, Th, F Start time_____ End Time _____

Please circle one Wheel chair? Yes / No Behavior Intervention Plan Yes / No Health Care Plan Yes / No

Verify the following has been completed

☐ Update Information in SEIS (located in the student record tab)

☐ Attach copy of BIP, Safety Plan and/or Seizure/Health Plan (if applicable)

*Please email o submit to **Debra Guerra** in Special Education at spedtransportation@smusd.org*

SPECIAL EDUCATION DISTRICT OFFICE USE ONLY *(Uso exclusivo de la oficina)*

Comments/Notes_____

Spec. Ed. Dept Confirmation By _____ Date emailed_____

Not Valid Until Signed By Special Ed District Office Staff

TRANSPORTATION DEPT. USE ONLY *(Uso exclusivo de la oficina)*

☐Safety Vest ☐Wheel Chair Bus ☐Other_____

AM Route:_____ Mid Route: _____ PM Route:_____ Date Received:_____ Date Routed :_____

App Scanned into SIS Y/N Bus Pass Created Y/N

SE REQUIEREN 3-5 DIAS HÁBILES PARA GESTIONAR TRANSPORTACIÓN