



**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE VISTA**  
**FORMULARIO DE TRANSPORTE**  
**Departamento de Educación Especial**

Aprobación SPED: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_

Alumno: \_\_\_\_\_

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ # de ID \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Padre/ Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Número tel. casa: \_\_\_\_\_

Número tel. trabajo: \_\_\_\_\_ Número de tel. contacto adicional: \_\_\_\_\_

Escuela de asistencia: \_\_\_\_\_ Escuela donde asiste el alumno: \_\_\_\_\_

Idioma en casa: \_\_\_\_\_ Colocación de Programa: \_\_\_\_\_ Fecha del IEP: \_\_\_\_\_

Fecha prevista para el inicio del servicio: \_\_\_\_\_

Días/Horas Escolares: \_\_\_\_\_

TIPO:  Ida y vuelta  Solo A.M.  Solo P.M  Acceso público más cercano

El estudiante debe ser recibido por un adulto en la casa y la escuela:  Sí  No

Persona autorizada para recibir al estudiante: Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Firma de Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN DE PARTIDA:**

**DIRECCIÓN DE ENTREGA:**

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Código Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad/Código Postal: \_\_\_\_\_

CONTACTO: \_\_\_\_\_

CONTACTO: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

**DISTRICT USE ONLY:**

- Wheelchair dependent  Walker dependent  Requires assistance loading/unloading
- Safety Vest  D-Ring  Special Aide/ Nurse required  Must be met by an adult at residence or school
- Possible problem with other children  Behavior Plan  Diabetic  Subject to seizures
- Requires medication  Special equipment  Ride time limitations  Special bus requirements

**TRANSPORTATION DEPT. USE ONLY:**

DATE RECEIVED: \_\_\_\_\_

START DATE: \_\_\_\_\_

A.M. Pick- Up Location: \_\_\_\_\_

Route #: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

P.M. Drop- Off Location: \_\_\_\_\_

Route #: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_