

INFORMACION DE EMERGENCIA DEL TRANSPORTE
SE PUEDE OFRECER EL TRANSPORTE SOLAMENTE SI SE LLENA ESTA FORMA Y SE DEVUELVE
A LA OFICINA DE TRANSPORTE
POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE O A MAQUINA

Fecha de hoy: _____ Escuela a la que asiste _____

Nombre del niño/a _____ Fecha de nacimiento _____ # Tel. de casa _____

El estudiante vive con (circule) Madre Padre Guardián Guardería Otro (explique) _____

Nombre del Padre _____ Dirección del padre _____

Tel. de casa _____ # Tel. del trabajo _____ Pager # _____ # Tel. celular _____

Dirección para correspondencia (si es diferente) _____

Nombre de la madre _____ Dirección de la madre _____

Tel. de casa _____ # Tel. del trabajo _____ Pager # _____ # Tel. celular _____

Dirección para correspondencia (si es diferente) _____

Yo _____ (Relación _____) **SIEMPRE ESTARE EN CASA O TENDRE A UNA PERSONA**
(su nombre) **AUTORIZADA A RECIBIR A MI HIJO/A DEL CAMION A LA HORA ASIGNADA**

UNA GUARDERIA RECIBIRA A MI HIJO/A: Nombre de la persona de contacto o director _____
Dirección de la Guardería _____ # de Tel. _____ Nombre de la Guardería _____

OTROS ARREGLOS PARA CUIDAR A MI HIJO/A _____

MI HIJO/A ES CAPAZ DE BAJARSE DEL CAMION SIN NINGUNA SUPERVISION,
CON LA AUTORIZACION DEL EQUIPO IEP
CONTACTOS DE EMERGENCIA
LLAME A LAS SIGUIENTES PERSONAS CUANDO YO NO ESTE DISPONIBLE

1. Nombre _____	# Tel. de casa _____	Dirección _____
Relación con el niño/a _____	# Tel. de trabajo _____	Dirección del trabajo _____
2. Nombre _____	# Tel. de casa _____	Dirección _____
Relación con el niño/a _____	# Tel. de trabajo _____	Dirección del trabajo _____

Mi hijo/a tiene necesidades especiales/ataques/alergias u otros problemas médicos que el chofer necesita saber (explique) _____

Recuerde que **NUNCA** debe de dar al chofer ningún medicamento para administrar a su hijo/a mientras está en el camión. Esto lo debe de hacer la enfermera en la escuela o usted en su propia casa.

AUTORIZACION DE EMERGENCIA

En caso de emergencia, autorizo para que la compañía del camión llame al 911 y si es necesario, que lleven a mi hijo/a al centro médico más cercano para recibir tratamiento.

Hospital de preferencia _____ Calle _____ Ciudad _____

FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN _____ **FECHA** _____

POR FAVOR FIRME, LLENE LA FORMA Y MANDELA A: NCC TRANSPORTATION, WINDSOR USD, 10725 OLD REDWOOD HWY. WINDSOR, CA. 95492 or FAX TO 707-431-8287