

# RIVERHEAD CENTRAL SCHOOL DISTRICT

## Office Of Pupil Personnel Services & Special Education

Oficina de Registro & Educación Especial

20 School Street • Riverhead, NY 11901

(631) 369-6706 • Fax 591-5972

SCHOOL YEAR

### ALTERNATE TRANSPORTATION / SOLICITUD DE TRANSPORTE ALTERNATIVO

STUDENT NAME Nombre del Estudiante	DATE OF BIRTH Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año	GRADE Grado	SCHOOL Escuela	STUDENT ID # # de Identificación del Estudiante
	/ /			
	/ /			
	/ /			

Parent Name /Guardian / Nombre del Padre/Guardián

Home Address / Dirección De Casa

City, State, Zip Code / Ciudad, Estado, Código Postal

Cell # / Numero Celular

Work # / Numero del Trabajo

PICK UP / RECOGER:

- AT HOME / EN LA CASA  
 DAYCARE / NIÑERA

DROP OFF / DEJAR:

- AT HOME / EN LA CASA  
 DAYCARE / NIÑERA

### DAYCARE / \*\*\*BABYSITTER CONTACT / INFORMACION DE NIÑERA:

Name / Nombre

Cell # / Numero Celular

Home # / Numero de Casa

Address / Dirección

City, State, Zip Code / Ciudad, Estado, Código Postal

\*\*\*Babysitter locations outside the home school area require Superintendent Approval. I am aware that this request is for five (5) days per week. Unless noted otherwise, these arrangements will be in effect for the current school year ONLY.

\*\*\*Ubicaciones de niñera fuera de la zona de la escuela requieren la aprobación del Superintendente. Soy consciente de que esta solicitud es para los 5 cinco días de la semana. A menos que se indique lo contrario, estos acuerdos estarán en efecto para el actual año escolar SOLAMENTE.

Parent /Guardian Signature / Firma del Padre/Guardián

Date / Fecha

TRANSPORTATION DEPARTMENT USE ONLY	Entered in computer by:	Date:
Driver Notified By <input type="checkbox"/> Note <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/>	Bus #	Handled By: