

POR FAVOR DEVUELVA ESTE FORMULARIO AL CONDUCTOR DEL AUTOBÚS ESCOLAR.

Estimados padres: Complete la información a continuación y envíemela lo antes posible.

Número de asiento asignado: \_\_\_\_\_ (solo para uso del conductor del autobús)

NOMBRE DEL NIÑO: \_\_\_\_\_

GRADO Y MAESTRO DE AULA: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CASA: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE AUTOBÚS : \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CONDUCTOR: \_\_\_\_\_

Por favor avise si su hijo tiene una enfermedad o alergia que su conductor debe saber \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gracias por su cooperación.

En caso de accidente, esta información se mantendrá en el autobús escolar en todo momento.