



Autobús Escolar Ambulante Formulario de Consentimiento de Padres

Mi hija/o, _____ (letra de molde), tiene mi permiso para participar en el programa del Autobús Escolar Ambulante durante el año escolar _____.

Es mi entendimiento que mi hijo/a partirá de algunas de las siguientes locaciones a las horas mencionadas:
____ Dirección de Casa _____ Horario: _____
____ Autobús Escolar Ambulante/Parada de Bicicleta _____ Horario: _____

Nombre de la Escuela: _____ Maestro/a: _____ Grado: _____

Dirección de Casa: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
Número de Teléfono: _____ CorreoElectronico: _____

- Es mi entendimiento que en caso de no llegue a la “parada de autobús” a la hora acordada, Es mi responsabilidad la transportación de mi hijo/a hacia y desde la escuela.
- Es mi entendimiento que la participación es completamente voluntaria y la participación es a “mi propio riesgo”. Es mi entendimiento qué medidas se tomaran para proveer seguridad para mi hijo/a; sin embargo, no voy a sostener a ningún miembro de la escuela _____ Elementary, del distrito, miembros de la junta, los empleados de Solano Transportacion Authority, Solano Public Health y cualquier voluntario responsable en caso de un accidente.
- Es mi entendimiento que si mi hijo/a se enferma o se lastima durante su participación, alguien tratara de comunicarse con migo o con el contacto de emergencia en los números mencionados abajo:

Firma: _____ Fecha: _____

____ Numero de Telefono: _____
Nombre del Padre (letra de molde)

____ Numero de Teléfono: _____
Nombre del Contacto de Emergencia (letra de molde)

Si no puedo ser contactado, entiendo y estoy de acuerdo que mi hijo/a pueda ser llevado a recibir asistencia médica y estoy de acuerdo que yo únicamente soy responsable por cualquier o todos los gastos que puedan incurrir como resultado. Tambien estoy de acuerdo en indemnizar y mantener indemne a la escuela _____, el distrito escolar, sus miembros de junta, los empleados de Solano Transportacion Authority, Solano Public Health y cualquier voluntario del programa de cualquier lesión que le suceda a mi hijo/a y que no sea resultado de la inacción por el distrito o sus representantes.

Yo doy permiso que mi hijo/a sea fotografiado como parte del Programa de Solano Safe Rotes to School.

Firma: _____ Letra de Molde: _____
(Padres/Guardianes) (Padres/Guardianes)

No doy permiso que mi hijo/a sea fotografiado.

Mi hijo/a estará participando en el Autobús Escolar Ambulante los siguientes días y horarios:
(Por favor marque con una X)

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Mañana	<input type="checkbox"/>				
Tarde	<input type="checkbox"/>				

Si tienes alguna pregunta por favor de comunicarse con:

Karin Bloesch, WSB Coordinator
Phone: 707-399-3222
Fax: 707-424-6074
Email: kbloesch@sta-snci.com

Ward Stewart, WSB Coordinator
Phone: 707-399-3222
Fax: 707-424-6074
Email: wstewart@sta-snci.com

Betsy Beavers, WSB Coordinator
Phone: 707-399-3233
Fax: 707-424-6074
Email: bbeavers@sta-snci.com