



SOLICITUD DE TRANSPORTE PARA ESPACIOS DISPONIBLES EN EL AUTOBÚS DEL AÑO ESCOLAR 2025-2026

Nombre del Estudiante _____ # Identification: _____
Apellido Primer Nombre Inicial

Dirección _____ Telefono _____

Dirección de la niñera _____

Escuela que asiste _____ Grado: _____

La parada mas cercana (si la conoce) _____

Solicitud de transporte (marque uno) am y pm am solamente pm solamente

Solicito que la Junta de Educación de Lorain considere transportar a mi (s) hijo/a (s), nombrado(s) arriba que viven dentro del area de paseo designado por nuestro distrito escolar.

Entiendo que el número de pasajeros se basara en el espacio disponible y que se le dará prioridad a los estudiantes más jóvenes que vivan a la mayor distancia de la escuela. También entiendo que mi hijo/a puede ser replanzado por un estudiante con más elegibilidad en cualquier momento.

Este servicio comensará aproximadamente el _____.

Además, entiendo que se requerirá que los estudiantes caminen hasta **una parada existente** en una zona elegible para transporte dentro de 1/2 milla de mi residencia. Entiendo que la parada del autobús será en el **mismo lugar** por la mañana y por la tarde. Las rutas del autobús existentes no se modificarán para adaptarse a esta solicitud.

Nombre(s) Padre/Tutor _____
Print

Signature _____ Fecha _____
Firma de Padre/Tutor

Devuelva las solicitudes completas a: bus@loraincityschools.org

Distrito Escolar de la Ciudad de Lorain
ATENCIÓN: DEPARTAMENTO DE TRANSPORTACIÓN
1800 Colorado Ave
Lorain, Ohio 44052
Teléfono (440) 830-4047 Fax (440) 233-2235

Para ser completado por el Departamento de Transportación

Aprobado Número del Autobús# _____

No Aprobado

Parada del Autobús _____

Razon _____

Hora en la Parada _____

Fecha Efectiva _____





SPACE AVAILABLE BUS TRANSPORTATION REQUEST 2025 – 2026 SCHOOL YEAR

Student's Name: _____ Student ID: _____
Last First Middle

Home Address: _____ Home Phone: _____
Street City, State Zip Code

School Attending: _____ Grade: _____

Requesting Transportation (check one) am only pm only Both.

Closest Bus Stop Location (if known): _____

I request that the Lorain Board of Education consider transporting my child, named above, who lives within the designated walking area for our school district. I understand that ridership will be on a space available basis and that priority will be given to the youngest students who live the greatest distance from school. I also understand that my child may be bumped by an eligible rider at any time. I understand that this service will begin approximately _____. I further understand that students will be required to walk to an existing stop in a transportation eligible zone within 1/2 mile of my residence. I understand that the bus stop must be at the same location for both am and pm. Existing bus routes will not be modified to accommodate this request.

Parent's Name: _____

Print

Parent's Signature: _____ Date: _____

Return completed applications to:

Lorain City School District
ATTENTION: TRANSPORTATION DEPARTMENT
1800 Colorado Ave., Lorain, Ohio 44052
Phone (440) 830-4047
Fax (440) 233-2235

To be completed by the Transportation Department

Approved Bus# _____ Bus Stop _____ Stop Time am _____ Stop Time pm _____

Effective Date _____

Not Approved

Reason: _____

