

# FORMULARIO DE TRANSPORTACIÓN AÑO ESCOLAR 2025-2026



# Identificación: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
*Apellido Primer Nombre Inicial*

Dirección: \_\_\_\_\_  
*Calle Ciudad Estado Código Postal*

Escuela: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_Varón\_\_ Hembra

**Etnicidad:**

Blanco.  Negro.  Hispano  Isleño de Asia/Pacífico  Multirracial.  Nativo Americano

**El estudiante vive con:** *Marque todos los que apliquen*

Ambos Padres.  Madre  Padre  Madrastra  Padrastro  Abuelo(s)  Padres de Crianza  
 Otro \_\_\_\_\_

La escuela previa que asistió en las Escuelas de Lorain \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE PADRES /TUTORES**

Madre: \_\_\_\_\_  
*Apellido Primer Nombre*

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número Celular: \_\_\_\_\_ Número del Trabajo: \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_  
*Apellido Primer Nombre*

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número Celular: \_\_\_\_\_ Número del Trabajo: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_  
*Apellido Primer Nombre*

Dirección: \_\_\_\_\_  
*Calle Ciudad Estado Código Postal*

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número Celular: \_\_\_\_\_ Número del Trabajo: \_\_\_\_\_

**\*Por favor, proporcione prueba de residencia con este formulario. (Debe estar dentro de los últimos 60 días)**

**\*\* Debe vivir más de 2 millas de la escuela para poder obtener transportación (código revised 3327.01)\***

Condición médica que el chofer debería saber: \_\_\_\_\_

Padres/Guardian: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firma de padres/ guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Uso Oficial del Departamento de Transportación**

<p>Student ID: _____</p> <p>Entered into Software: _____</p> <p>Notified: <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Driver <input type="checkbox"/> School</p> <p>Initials: _____</p>	<p>List any pre-approved transportation requests below:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--





# Transportation Form 2025-2026 School Year

Student ID Number: \_\_\_\_\_

Student's Legal Name: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

*Last First Middle*

Home Address: \_\_\_\_\_  
*Street City State Zip Code*

School: \_\_\_\_\_ Home Phone: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Place of Birth: \_\_\_\_\_ Sex: M \_\_\_ F \_\_\_

**Ethnicity:**

White  Black  Hispanic  Asian/Pacific Islander  Multiracial  American Native

**Student Lives With:** *(Check All that apply)*

Both Parents  Mother  Father  Grandparent(s)  
 Stepmother  Stepfather  Foster Parent(s)  Other \_\_\_\_\_  
*Specify*

Previous School Attended: \_\_\_\_\_  
*School Name*

**Parent Information**

Mother: \_\_\_\_\_  
*Last First*

Phone: Home: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_

Father: \_\_\_\_\_  
*Last First*

Phone: Home: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_

Emergency Contact Name: \_\_\_\_\_  
*Last First*

Home Address: \_\_\_\_\_  
*Street City State Zip Code*

Phone: Home: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_

\* Attach proof of residency. Needs to be within the last 60 days.

\*\*Must live over two (2) miles from the school to qualify for transportation, ORC 3327-01

Medical Alert Driver Should Know: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
*Print*

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Transportation Use ONLY**

<p>Student ID: _____</p> <p>Entered into Software: _____</p> <p>Notified: <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Driver <input type="checkbox"/> School</p> <p>Initials: _____</p>	<p>List any pre-approved transportation requests below:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--



