



GALT HIGH SCHOOL DISTRICT-TRANSPORTATION DEPARTMENT
SOLICITUD PASE DE AUTOBUS ESCOLAR
AÑO ESCOLAR 2016-2017

Do not use

Llene la información que se le pide a continuación de la solicitud y devuélvelo a la Oficina del Distrito Escolar, 12945 Marengo Rd, Galt, CA-95632

¿Preguntas? Llámenos a 209-745-3061

EL PASE DEBE MOSTRARSE AL SUBIRSE EN EL AUTOBUS ESCOLAR

**Los estudiantes que asisten a la escuela a través de una transferencia de cambio de escuela no son elegibles para la transportación. **

FOR OFFICE USE ONLY

Información de Familia

Nombre del Padre/Tutor legal:

TLF. /Casa Celular TLF. Trabajo

Domicilio Apto.

Ciudad/Código postal Email (opcional)

PROCESSED DATE _____ Fee _____

CHK AMT. _____ CC AMT. _____ CASH _____

CHK# _____ CC AUTH# _____

ACCEPTED BY _____

FAX MAIL WALK IN EMAIL

Información del Estudiante

Toda información del estudiante debe ser llenado. Se les asignaran a los estudiantes una parada, domicilio de un relativo, si no esta listado a continuación.

NOMBRE	ID	ESCUELA/GRADO	PARADA DE AUTOBUS

Tipo de Servicios/tarifas

Por Estudiante

Servicio Anual \$200
 Ida y Vuelta

Servicio Semestral \$105
 Ida y Vuelta

Boleto de Ida \$35
 (20 viajes por boleto)

Seleccione el tipo de Pago:

Cheque, Efectivo Tarjeta de Crédito

Los estudiantes elegibles para la transportación gratuita debido a (marque la casilla)

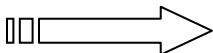
Sin Hogar Inscrito Programa de Almuerzo Reducido/gratis

Bajo Ingreso Estado Adoptivo

All documentation must be included with this application to qualify

Complete la parte de atrás de la solicitud si marco una de las casillas

Educación Especial



Firma del Padre/Tutor legal _____ **Fecha** _____

