

---

# Washington School for the Deaf

W

S

D



RETURNING Student

Application Packet

Aplicación de Paquete

# Table of Contents

## Tabla de Contenido

---

---

<b>Student Information</b> .....	<b>1</b>
Información del estudiante	
<b>Medicaid Eligibility Verification</b> .....	<b>2</b>
Verificación de elegibilidad para recibir los beneficios de Medicaid	
<b>Internet Access Authorization</b> .....	<b>3</b>
Autorización de acceso a la Internet	
<b>Consent to Leave Campus</b> .....	<b>4</b>
Permiso para salir del recinto	
<b>Field Trip Permission Slip</b> .....	<b>5</b>
Permiso Field Trip	
<b>Consent to be Interviewed by DLR</b> .....	<b>6</b>
Consentimiento a entrevista con el DLR	
<b>Transportation Authorization and Consent (Residential Only)</b> .....	<b>7</b>
Transporte y permiso de uso de medios de transporte	



**Attention families** - please be aware WSD policy only allows service animals on campus. Thank you for not bringing household pets to games or other activities at WSD.

**Las familias de atención** - tenga en cuenta la política WSD permite sólo animales de servicio en el campus. Gracias por no llevar mascotas domésticas a juegos u otras actividades en WSD.

<b>STUDENT INFORMATION</b> INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	<b>STUDENT'S FULL LEGAL NAME</b> FIRST NAME / NOMBRE      MIDDLE NAME / SEGUNDO NOMBRE      LAST NAME / APELLIDO NOMBRE DEL ESTUDIANTE	<b>Returning Student:</b> Yes ___ No ___
	ADDRESS / DIRECCIÓN      CITY / CIUDADES      STATE / ESTADO      ZIP / CÓDIGO POSTAL	
	BIRTHDATE / FECHA DE NACIMIENTO      BIRTH CITY / CIUDAD DE NACIMIENTO      GENDER / GÉNERO      EHNICITY	
	CURRENT GRADE      COUNTY OF RESIDENCE      SCHOOL DISTRICT CALIDADES PARA EL AÑO ESCOLAR      CONDADO DE RESIDENCIA      EL DISTRITO ESCOLAR	
<b>PARENT/GUARDIAN INFORMATION</b> PADRE, MADRE O TUTOR	<b>NAME OF PARENT OR GUARDIAN</b> FIRST / NOMBRE      MIDDLE / SEGUNDO NOMBRE      LAST / APELLIDO NOMBRE DEL PADRE / TUTOR	
	MAILING ADDRESS / DIRECCIÓN DE CORREO      CITY / CIUDADES      STATE / ESTADO      ZIP / CÓDIGO POSTAL	
	PHONE: VOICE / voz      VP      CELL PHONE: VOICE / voz      TEXT / TEXTO      EMAIL ADDRES: TELÉFONO:      CELLULAR:      DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
	OTHER PHONE:      WORK PHONE NUMBER      WORK EMAIL OTRA TELÉFONO:      NÚMERO DE TELÉFONO DE TRABAJO      TRABAJO DE CORREO ELECTRÓNICO	
	<b>NAME OF PARENT OR GUARDIAN</b> FIRST / NOMBRE      MIDDLE / SEGUNDO NOMBRE      LAST / APELLIDO NOMBRE DEL PADRE / TUTOR	
	MAILING ADDRESS / DIRECCIÓN DE CORREO      CITY / CIUDADES      STATE / ESTADO      ZIP / CÓDIGO POSTAL	
	PHONE: VOICE / voz      VP      CELL PHONE: VOICE / voz      TEXT / TEXTO      EMAIL ADDRES: TELÉFONO:      CELLULAR:      DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
	OTHER PHONE:      WORK PHONE NUMBER      WORK EMAIL OTRA TELÉFONO:      NÚMERO DE TELÉFONO DE TRABAJO      TRABAJO DE CORREO ELECTRÓNICO	
	<b>EMERGENCY CONTACT</b>	<b>RELATIVES, FRIENDS OR OTHERS WHO CAN CONTACT YOU IN CASE OF EMERGENCY</b> FAMILIARES, AMIGOS U OTROS ES QUIÉN PUEDEN CONTACTARLO EN CASO DE EMERGENCIA
		NAME / NOMBRE      RELATIONSHIP / RELACIÓN      PHONE / NÚMERO DE TELÉFONO      PHONE / NÚMERO DE TELÉFONO
NAME / NOMBRE      RELATIONSHIP / RELACIÓN      PHONE / NÚMERO DE TELÉFONO      PHONE / NÚMERO DE TELÉFONO		
<b>OTHER INFORMATION</b> OTRA INFORMACIÓN	WHAT IS THE PRIMARY LANGUAGE USED AT HOME (please circle one) ¿CUÁL ES SU IDIOMA PRINCIPAL (haga un círculo en uno ) ASL    ENGLISH / INGLÉS    RUSSIAN / RUSO    SPANISH / ESPAÑOL    VIETNAMESE    OTHER / OTROS: _____	
	WHO HAS LEGAL CUSTODY OF THE CHILD (Please attach court documents) ¿QUIÉN TIENE LA CUSTODIA LEGAL DEL NIÑO (Por favor adjuntar documentos de la corte)	

### PURPOSE

This form asks for your consent to obtain information from the Department of Social and Health Services, Medical Assistance Administration for the purpose of Medicaid eligibility verification. If you have questions regarding this request, you may call the WSD Special Education Secretary at 360-696-6525 x 0411 V/TTY for an explanation as to why the request is being made.

### MEDICAID ELIGIBILITY VERIFICATION

State law requires the school district to submit claims for health-related services provided to special education students or students referred for special education. These services include physical therapy, speech-language therapy, audiology, nursing, counseling, and psychological evaluation.

With your permission, we will submit your student's name and birth date to the Department of Social and Health Services (DSHS) to verify Medicaid eligibility. Such a request will in no way negatively impact services included in your child's individualized education program (IEP).

**I do** give consent to verify Medicaid eligibility with DSHS.

**I do not** give consent to verify Medicaid eligibility with DSHS.

Student Name

Date of Birth

Parent/Guardian Name (please print)

Parent/Guardian Signature

Date

### PROPÓSITO

Este formulario solicita su consentimiento para la obtención de información de la Administración de asistencia médica del Departamento de servicios sociales y de salud (Department of Social and Health Services, Medical Assistance Administration), con el propósito de establecer la elegibilidad de su estudiante para recibir los beneficios de Medicaid. En caso de alguna pregunta relacionada con esta solicitud, podrá llamar al Director de educación especial de la WSD para que le explique el porqué se le está presentando esta solicitud.

### VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR LOS BENEFICIOS DE MEDICAID

Las leyes estatales requieren del distrito escolar someter reclamos por servicios de salud prestados a los estudiantes bajo programas de educación especial o referidos para seguir programas de educación especial. Estos servicios incluyen servicios de fisioterapia, terapia del habla y el lenguaje, audiología, enfermería, asesoramiento y evaluación psicológica.

Con su permiso, presentaremos el nombre y fecha de nacimiento de su estudiante al Departamento de servicios sociales y de salud (Department of Social and Health Services (DSHS)) para verificar su elegibilidad para recibir los beneficios del programa de Medicaid. Dicha solicitud en ningún modo afectará negativamente los servicios propios del programa de educación personalizada (IEP) de su hijo(a).

**Doy** mi consentimiento a que verifiquen ante el DSHS la elegibilidad de mi hijo(a) para recibir los beneficios de Medicaid

**No doy** mi consentimiento para que verifiquen la elegibilidad de mi hijo(a) para recibir los beneficios de Medicaid.

Nombre del estudiante

Fecha de nacimiento

Nombre del padre, madre o tutor (favor de escribir con letra de molde)

Firma del padre/madre o tutor

Fecha

### **INTERNET ACCESS AUTHORIZATION**

#### Acceso a Internet de Autorización

By signing this section, you are authorizing WSD to assign your child an internet account and password for personal use outside of the normal school hours. Internet authorization for residential/academic students provides them with an opportunity to complete school work requiring internet research outside of school hours. Please refer to the Parent/Student Handbook for school policies on student use of internet services.

*Consequences of misuse of internet services may include temporary suspension of access to internet use.*

Al firmar esta sección estará autorizando a la WSD a asignar a su hijo(a) una cuenta Internet y la correspondiente contraseña, para su uso personal fuera del horario escolar. La autorización de acceso a la Internet a los estudiantes internos les ofrecerá la oportunidad de completar las tareas escolares que requieran investigación en la Internet fuera de su horario escolar. Consulte el manual de padres y alumnos de las políticas de la escuela en el uso de servicios de internet de los estudiantes.

*Consecuencias del mal uso de los servicios de internet pueden incluir la suspensión temporal del acceso al uso de internet.*

---

Parent/Guardian Name (please print)

Nombre del padre, madre o tutor (favor de escribir con letra de molde)

Parent/Guardian Signature

Firma del padre/madre o tutor

Date

Fecha

*Note: All students will have access to the internet under teacher supervision during classes that require internet research.*

*Nota: Todos los estudiantes tendrán acceso a la Internet, bajo supervisión de un maestro, cuando haya clases que requieran investigación por medio de la Internet.*

Name of Student \_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

The above named student has permission to leave campus for outings and/or overnight or weekend visits with the following friends and/or relatives:

El/la estudiante arriba señalado(a) tiene permiso para salir del recinto para excursiones y/o pasar la noche o los fines de semana con los siguientes amigos o amigos y/o parientes:

Friend/Relative #1      Amigo/pariente #1

Name (Nombre) \_\_\_\_\_ Relationship (Relación o parentesco) \_\_\_\_\_

Address (Dirección) \_\_\_\_\_ Telephone Number (Número de teléfono) \_\_\_\_\_

Friend/Relative #2      Amigo/pariente #2

Name (Nombre) \_\_\_\_\_ Relationship (Relación o parentesco) \_\_\_\_\_

Address (Dirección) \_\_\_\_\_ Telephone Number (Número de teléfono) \_\_\_\_\_

Friend/Relative #3      Amigo/pariente #3

Name (Nombre) \_\_\_\_\_ Relationship (Relación o parentesco) \_\_\_\_\_

Address (Dirección) \_\_\_\_\_ Telephone Number (Número de teléfono) \_\_\_\_\_

**RESTRICTED VISITATION: (explain) The following person(s) does not have my permission to visit or take my child off campus.**  
**VISITAS RESTRINGIDAS: (explicar) Las siguientes personas no tiene mi permiso para visitar o tomar a mi hijo fuera del campus.**

Name (Nombre) \_\_\_\_\_ Relationship (Relación o Parentesco) \_\_\_\_\_

Address (Dirección) \_\_\_\_\_ Telephone Number (Número de Teléfono) \_\_\_\_\_

NOTE: Use additional paper if necessary to explain. The WSD must have a court order on file for any restraining orders.  
NOTA: Utilice papel adicional para detalles adicionales, de ser necesario. La WSD deberá tener en sus archivos las correspondientes órdenes restrictivas

I understand that WSD has no responsibilities or liabilities for my child when my child leaves campus with any of the above named.  
Entiendo que WSD no tiene responsabilidades o pasivos para mi hijo cuando el nombre de mi campus de hojas de niño con alguno de los anteriores.

Parent/Guardian Name (please print)  
Nombre del padre, madre o tutor (favor de escribir con letra de molde)

Parent/Guardian Signature  
Firma del padre/madre o tutor

Date  
Fecha

*Persons authorized to pickup students may be added or deleted.*

*Este formulario podrá ser agregado o cancelado por escrito mediante mensaje escrito del padre, madre o tutor dirigido a la Dirección de la escuela.*

# WSD Field Trip Authorization

## Cupón de permiso escolar de la WSD

WSD academic and residential staff plan off-campus outings for students throughout the year. WSD staff accompanies the students on these off-campus outings and the students are supervised according to their individual supervision needs. Students and staff will walk, use public transportation or use state vehicles. Activities or educational outings will be planned at a variety of local locations. These locations may include but are not limited to the following:

**Parks (Parques) :** Ape Caves, Ft. Vancouver, Esther Short, Marshall Center, Marshall Park, Hazel Dell, Wintler, Battle Ground, Vancouver Lake, Kline Pond, LaCamas Lake, Water Resource Center

**Community Educational Resources (Recursos educativos) :** Chestnut Lane Assisted Living (Gresham, Oregon), Downtown Vancouver, Fort Vancouver, Clark County Museum, Ft. Vancouver Library, Fort Vancouver Historical Area, Harney Elementary School, Oregon Children's Theater Productions (Keller Auditorium, Winningstad Theater, and/or Newmark Theater), Oregon Historical Society, Oregon Museum of Science and Industry (OMSI), Oregon School for the Deaf, Oregon Zoo, Portland Art Museum, Powell's Book Store (Portland), Recycling Center, World Forestry Center (Portland)

**Restaurants (Restaurantes) :** Du's Teriyaki, Cold Stone's Creamery, Subway, Taco Time, McDonald's, Taco Bell, Dairy Queen, Jack-in-the-Box, Burger King, Wendy's, Baskin Robbins, Shari's, Papa Murphys, Burgerville, Paper Tiger, Muchas Gracias, Izzy's, Kentucky Fried Chicken, Taste of Asia, Don Taco, Blind Onion, Igloo

**Banks (Los bancos) :** IQ Credit Union, Chase, Bank of America, Wells Fargo, First Independent, Today's Bank, Columbia Credit Union

**Fun in the Community (Diversiones en la comunidad) :** Family Fun Center Amusement Park, Clackamas Water Park, Downtown Vancouver, Firstenberg Center, Fred Meyer, Crosley Lanes, Jim Parsley Recreation Center, JJ Jump, Kid's Club in Salmon Creek and Lloyd Center Mall, Marshall Community center (pool), Mountain View Ice Arena, Oaks Park, Regal Cinemas, SWCDHH, Vancouver Mall, Washington State School for the Blind

A reminder note of an upcoming fieldtrip will be sent home prior to the actual fieldtrip, giving you the specific details. By signing below you give permission for your child to participate in academic/residential upcoming events throughout the entire school year. Should you NOT want your child to attend a certain event, please notify the School Secretary at (360) 418 – 4341 or (360) 696 6525 ext 4341 or your child's Student Life Counselor.

Please sign and return this form so your child may participate in off campus activities.

El personal escolar de la WSD programa excursiones para los estudiantes durante todo el año. Dicho personal acompaña a los estudiantes durante estas excursiones fuera del recinto escolar, en las que los estudiantes son supervisados según sus exigencias y circunstancias particulares. Los estudiantes y el personal de la escuela caminarán, pasearán, usarán medios de transporte público o vehículos del estado. Eventos y excursiones educativas serán programados para una serie de lugares cercanos. Estos lugares podrían incluir los siguientes:

Se enviarán recordatorios con los detalles del caso a los padres con relación a las próximas excursiones. Su firma al pie de este documento servirá para dar a su hijo(a) el permiso de participar en los próximos eventos durante todo el año escolar. En caso de que NO desee que su hijo(a) participe en un determinado evento, favor de avisar a la Secretaría de la escuela, llamando al (360) 418 – 4341 o al (360) 696 6525 ext 4341.

Favor de firmar y devolver esta planilla para que su hijo(a) pueda participar en dichos eventos fuera de la escuela.

Money for activities/outings may be:

El dinero necesario para dichos eventos o excursiones:

- sent from home  
(será enviado desde la casa)
- taken from student's account  
(deberá ser retirado de la cuenta del/de la estudiante)

\_\_\_\_\_  
Student Name (Nombre del/de la estudiante)

\_\_\_\_\_  
Signature of parent/guardian/student  
(Firma del padre, madre, tutor o estudiante)

\_\_\_\_\_  
Date  
(Fecha)

# Consent to be Interviewed by DLR

## Consentimiento a entrevista con el DLR

Dear Parent/Guardians:

The Washington School for the Deaf is collaborating with the Department of Licensed Resources (DLR) to ensure all students are safe while at WSD. In order to gather information, DLR interviews students and parents using a certified interpreter when needed. This is a great opportunity for you and your student to be involved in supporting WSD. Your involvement is valuable. Below are sample DLR Questions for both parents and students.

Please sign the bottom of this consent if you give permission for DLR to interview you and/or your child and thank you for your help.

Estimados padres o tutores:

La Washington School for the Deaf está colaborando con el Departamento de recursos licenciados (Department of Licensed Resources (DLR)), a fin de asegurarse de que todos los estudiantes estén a salvo mientras se encuentran en la WSD. A fin de recoger la información pertinente, el DLR entrevista regularmente a los estudiantes y a sus padres. Se hace uso de un intérprete certificado durante las entrevistas y los apellidos de los estudiantes y/o sus padres no serán revelados.

Esta es una gran oportunidad para que usted y sus hijos estudiantes puedan ayudar a la WSD. Su intervención será valiosa e importante. A continuación podrá ver preguntas modelo tanto para los padres como para los estudiantes.

Favor de firmar al pie de este formulario su consentimiento para que el DLR pueda entrevistarle a usted y/o a su hijo(a) y agradecerles su ayuda.

### SAMPLE DLR STUDENT QUESTIONS

- How long have you been going to school at WSD?
- Do you have a teacher or staff person you feel comfortable sharing your feelings with?
- Has this person ever helped you solve or work with your problems or concerns?
- Is it easy for you to contact your parents while you are at school? Are there rules that tell you when you cannot call your parents?
- What happens if someone breaks a safety rule?
- Are there fire drills at school and in the cottages?
- Have any staff or students ever made you feel uncomfortable or made physical or verbal threats toward you? If so, did you tell one of the staff about it?
- Do you feel safe here? Do you think other students are safe here?

### SAMPLE DLR PARENT QUESTIONS

- How long has your child lived at the School for the Deaf? (residential program)
- What is your general impression on the level of care your child is receiving in the residential program?
- Do you have any health and safety concerns about the residential program at the School for the Deaf?
- Do you think your child or other children in the facility receive adequate supervision while living in the residential program and the School for the Deaf? If no, what are your concerns?
- Do you feel that the residential program at the School for the Deaf keeps you informed on what's happening with your child?

### PREGUNTAS MODELO PARA LOS ESTUDIANTES

- ¿Desde cuándo has estado estudiando en la WSD?
- ¿Cuentas con algún maestro o miembro del personal con el que te sientes cómodo y en confianza para compartir cómo te sientes?
- ¿Te ayudó alguna vez esta persona a resolver o tratar algún problema o preocupación?
- ¿Te es fácil comunicarte con tus padres mientras estás en la escuela? ¿Existe algún reglamento que te prohíba llamar a tus padres?
- ¿Qué sucede si alguien viola las normas de seguridad?
- ¿Existen simulacros de incendio en la escuela y los cottages?
- ¿Alguna vez algún miembro del personal o estudiante te hizo sentir miedo o te amenazó física o verbalmente? En caso afirmativo, ¿reportaste el hecho al personal?
- ¿Te sientes seguro(a) aquí? ¿Crees que los demás estudiantes están seguros aquí?

### PREGUNTAS MODELO DEL DLR PARA LOS PADRES

- ¿Desde cuándo su hijo(a) ha residido en la Washington School for the Deaf? (internado)
- ¿Cuál es su impresión general sobre la calidad de atención que su hijo(a) está recibiendo en el internado?
- ¿Tiene usted alguna preocupación relacionada con la salud o la seguridad de su hijo(a) como interno(a) de la Washington School for the Deaf?
- ¿Considera usted que su hijo(a) y los otros estudiantes de la escuela reciben una supervisión adecuada en el internado de la Washington School for the Deaf? Si no, ¿qué le preocupa?
- ¿Piensa usted que la Washington School for the Deaf le mantiene debidamente informado(a) acerca del estado de su hijo(a)?

I give permission for my child, \_\_\_\_\_, to be interviewed by the Department of Licensed Resources.  
Doy mi autorización para que mi hijo(a), \_\_\_\_\_, sea entrevistado(a) por el Department of Licensed Resources.

I am willing to be interviewed by the Department of Licensed Resources.  
Estoy dispuesto a ser entrevistados por el departamento de licencia recursos.

Parent/Guardian Signature  
Firma del padre/madre o tutor

Date  
Fecha



**Student Name (Please Print)**

Nombre del estudiante (favor de escribir con letra de molde)

**Student's Flight City/Bus Stop**

Ciudad destino del estudiante / Parada final de autobús

All students under the age of 18 must be supervised by an adult until the student boards WSD provided transportation. Minor children may not wait at the airport/bus stop unattended. Parents/Guardians are responsible for meeting the plane/bus at the designated gate/stop at the scheduled time of arrival. Parents/Guardians may designate another adult to drop off/pick up their child.

Todos los estudiantes menores de 18 años deben estar supervisados por un adulto hasta que el estudiante placas WSD proporcionada transporte. Los hijos menores no pueden esperar en la parada de autobús del aeropuerto desatendida. Los padres y tutores son responsables de la reunión el plano/bus en la puerta/parada designada en la hora de llegada prevista. Los padres y tutores pueden designar otro adulto a soltar apagado/recoger su hijo.

- I authorize the following adult individuals to pick up my child.  
 Autorizo a las siguientes personas adultas a recoger a mi hijo(a), en caso de yo no poder hacerlo o en caso de no hallarme en la puerta o parada de llegada:

Name Nombre	Relationship to student Relación o parentesco con el estudiante	Phone Number Número de teléfono
-------------	---	---------------------------------

Name Nombre	Relationship to student Relación o parentesco con el estudiante	Phone Number Número de teléfono
-------------	---	---------------------------------

Name Nombre	Relationship to student Relación o parentesco con el estudiante	Phone Number Número de teléfono
-------------	---	---------------------------------

Name Nombre	Relationship to student Relación o parentesco con el estudiante	Phone Number Número de teléfono
-------------	---	---------------------------------

- I **will not allow** the following person(s) to pick up my child: No permitiré a la(s) siguiente(s) persona(s) recoger a mi hijo(a):

**No child under the age of 18 will be left alone at a gate/stop.**

FOR THE SAFETY OF STUDENTS, PARENTS WILL BE ASKED TO SIGN A RELEASE AT THE TIME OF PICK UP. PLEASE APPROACH THE TRANSPORTATION MONITOR/AIRLINE REPRESENTATIVE TO SIGN OUT YOUR CHILD. BE PREPARED TO SHOW IDENTIFICATION.

**Ningún menor de 18 años será dejado solo en la puerta o parada de llegada.**

PARA SEGURIDAD DE LOS ESTUDIANTES, SE PEDIRÁ A LOS PADRES O TUTORES FIRMAR UN DESCARGO AL MOMENTO DE RECOGER A SUS HIJOS. FAVOR DE ACERCARSE AL SUPERVISOR DE TRANSPORTE O REPRESENTANTE DE LA LÍNEA AÉREA PARA FIRMAR EL RECIBO DE SU HIJO(A). ESTÉ PREPARADO PARA MOSTRAR UNA IDENTIFICACIÓN.

I understand that I may choose one flight/bus stop. I understand the Washington School for the Deaf will transport my child from/to Vancouver, Washington only to the stated above designated city/stop on weekend travel dates. (Please refer to school calendar for specific travel dates).

I understand that WSD will not alter this destination without prior approval from the Transportation Secretary or Superintendent's office. WSD only transports students on their regularly scheduled plane/bus. If my child is not traveling on WSD's provided plane/bus, I must fill out a

Release Form and submit it to the Transportation Secretary by TUESDAY AT 5:00 PM. I understand I will have to provide my child's transportation and pay for the cost.

Entiendo que podré escoger una puerta de llegada o una parada de autobús. Queda entendido que la Washington School for the Deaf transportará a mi hijo(a) desde o hasta Vancouver, Washington sólo a las indicadas ciudades o paradas de autobús en las fechas de viaje de fines de semana. (Favor de consultar el calendario escolar para las fechas exactas de los viajes) Queda entendido que la WSD no alterará este destino sin la aprobación del/de la Secretario(a) de transporte o la Superintendencia. La WSD sólo transporta a los estudiantes en sus viajes en avión o autobús regularmente programados. En caso de que mi hijo(a) no vaya a viajar en el avión o autobús provisto por la WSD, deberé llenar un formulario de descargo y presentarlo al/a la Secretario(a) de transporte ANTES DEL MARTES A LAS 5:00 P.M. Queda entendido que tendré que hacer arreglos para el transporte de mi hijo(a), a mi propia costa. Entiendo también el hecho de que mi hijo(a) será transportado(a) únicamente hasta la ciudad o parada convenida.

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO DE ENTENDIMIENTO Y PERMISO, admito haber leído, entendido y acordado su contenido y ser responsable de recoger puntualmente a mi hijo(a) en su ciudad o parada de destino.

By signing this AUTHORIZATION, I acknowledge I have read, understand and agree with its contents and I am responsible for meeting my child on time.

**Signature of Parent/Guardian**

Firma del padre, madre o tutor

**Date**

Fecha

**Home number**

Número de teléfono residencial

**Work number**

Número de teléfono del trabajo

**Cell number**

Número del teléfono celular

**Pager number / email address**

Número del buscapersonas / dirección de correo electrónico