



Hays CISD Transportation Department

BUS RIDER REGISTRATION FORM

SCHOOL YEAR: _____

PLEASE COMPLETE THIS FORM AND RETURN TO YOUR SCHOOL OR THE TRANSPORTATION DEPARTMENT

PLEASE PRINT

SCHOOL _____ DATE _____

NAME OF STUDENT _____

GRADE _____ SCHOOL ID # _____ DATE OF BIRTH _____

HOUSE NUMBER AND STREET NAME _____

CITY _____ ZIP _____

PHONE NUMBERS: HOME _____ WORK _____ CELL _____

NAME OF PARENT OR GUARDIAN _____

SIGNATURE OF PARENT OR GUARDIAN _____

IF YOUR CHILD IS TO BE PICKED UP AND/OR DROPPED OFF AT A LOCATION OTHER THAN HOME SUCH AS A CHILD CARE PROVIDER, (MUST BE IN ATTENDANCE ZONE AND STUDENT MUST BE ELIGIBLE FOR TRANSPORTATION) PLEASE INDICATE BELOW:

AM PICKUP ADDRESS: _____

PM DROP OFF ADDRESS: _____

FOR OFFICE USE ONLY:

AM BUS _____

BUS STOP @ _____

PM BUS _____

BUS STOP @ _____



Hays CISD Departamento de Transportación

REGISTRO DE AUTOBÚS

Ciclo Escolar: _____

Por favor de completar esta formulario y regresar a su escuela.

ESCRIBA EN LETRA MOLDE

ESCUELA _____ FECHA _____

NOMBRE DE ALUMNO _____

GRADO _____ ID DE ESCUELA _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DOMICILIO Y CALLE DE LA CASA _____

CIUDAD _____ CODIGO POSTAL _____

NUMERO DE TELEFONOS: CASA _____ TRABAJO _____ CELLULAR _____

NOMBRE DE PADRE O TUTOR _____

FIRMA DE PADRE O TUTOR _____

SI ES NECESARIO QUE SU HIJO/A SEA RECOGIDO O DEJADO EN OTRO DOMICILIO QUE NO SEA SU HOGAR (DEBE ESTAR DENTRO DE LA ZONA DE ASISTENCIA Y EL ESTUDIANTE DEBE SER ELIGIBLE PARA EL TRANSPORTE) POR FAVOR INDICAR ABAJO:

DOMICILIO DONDE RECOGER POR LA MAÑANA: _____

DOMICILIO DONDE DEJAR POR A TARDE: _____

SOLAMENTE PARA USO DE OFFICINA:

AM BUS _____

BUS STOP @ _____

PM BUS _____

BUS STOP @ _____