



Walking School Bus Parent Permission Form

My son/daughter, _____ (please print), has my permission to participate in the Walking School Bus program for the 2015/2016 school year.

I understand that my child will leave from one of the following locations at the following times:

____ Home address _____ TIME: _____
 ____ Walking School Bus/Bike Train stop _____ TIME: _____

School Name: _____ Teacher: _____ Grade: _____
 Home Address: _____ City: _____ Zip: _____
 Phone Number: _____ Email: _____

- I understand that in the case of a missed "bus time" I am responsible for my child's transportation to/from school.
- I understand that participation is completely voluntary and that participation is at "my own risk". I understand that measures will be taken to provide for my child's safety; however, I will not hold the members of _____ Elementary, the district, its board members, its employees, Solano Transportation employees, Solano Public Health employees and any volunteer for this program liable should any incident occur.
- I understand that if my son/daughter becomes ill or is injured during their participation, someone will attempt to contact me or an emergency contact at the numbers below:

Signed: _____ Date: _____

 Name (please print) (Phone Number) _____

 Emergency contact name (please print) (Phone Number) _____

If I cannot be reached, I understand and agree that my son/daughter may be taken for medical assistance, and I agree that I will be solely responsible for any and all costs incurred as a result. I further agree to indemnify and hold harmless _____ School, the school district, its board members, its employees, employees of the Solano Transportation Authority and Solano Public Health, and any volunteer for this program for any injury that occurs to my child which is not a result of inaction by the district or its representatives.

I give permission for my child to be photographed as part of the Solano Safe Routes to School program.

Signed: _____ Print name: _____
 (parent/guardian) (parent/guardian)

I **DO NOT** give permission for my child to be photographed.

My child will be participating in the Walking School Bus for the following days and times:
 (Please mark with an x)

	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday
Morning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afternoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If you have any questions please contact the WSB coordinators: 707-399-3222 fax:707-424-6074

Betsy Beavers, WSB Coordinator
 Email: bbeavers@sta.ca.gov

Karin Bloesch, WSB Coordinator
 Email: kbloesch@sta.ca.gov

Melissa Nance, WSB Coordinator
 Email: mnance@sta.ca.gov



Autobús Escolar Ambulante Formulario de Consentimiento de Padres

Mi hijo/a, _____ (letra de molde), tiene mi permiso para participar en el programa del Autobús Escolar Ambulante durante el año escolar _____.

Es mi entendimiento que mi hijo/a partirá de algunas de las siguientes locaciones a las horas mencionadas:

____ Dirección de Casa _____ Horario: _____

____ Autobús Escolar Ambulante/Parada de Bicicleta _____ Horario: _____

Nombre de la Escuela: _____ Maestro/a: _____ Grado: _____

Dirección de Casa: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ CorreoElectronico: _____

- Es mi entendimiento que en caso de no llegue a la “parada de autobús” a la hora acordada, Es mi responsabilidad la transportación de mi hijo/a hacia y desde la escuela.
- Es mi entendimiento que la participación es completamente voluntaria y la participación es a “mi propio riesgo”. Es mi entendimiento qué medidas se tomaran para proveer seguridad para mi hijo/a; sin embargo, no voy a sostener a ningún miembro de la escuela _____ Elementary, del distrito, miembros de la junta, los empleados de Solano Transportacion Authority, Solano Public Health y cualquier voluntario responsable en caso de un accidente.
- Es mi entendimiento que si mi hijo/a se enferma o se lastima durante su participación, alguien tratara de comunicarse con migo o con el contacto de emergencia en los números mencionados abajo:

Firma: _____ Fecha: _____

____ Numero de Telefono: _____
Nombre del Padre (letra de molde)

____ Numero de Teléfono: _____
Nombre del Contacto de Emergencia (letra de molde)

Si no puedo ser contactado, entiendo y estoy de acuerdo que mi hijo/a pueda ser llevado a recibir asistencia médica y estoy de acuerdo que yo únicamente soy responsable por cualquier o todos los gastos que puedan incurrir como resultado. Tambien estoy de acuerdo en indemnizar y mantener indemne a la escuela _____, el distrito escolar, sus miembros de junta, los empleados de Solano Transportacion Authority, Solano Public Health y cualquier voluntario del programa de cualquier lesión que le suceda a mi hijo/a y que no sea resultado de la inacción por el distrito o sus representantes.

Yo doy permiso que mi hijo/a sea fotografiado como parte del Programa de Solano Safe Rotes to School.

Firma: _____ Letra de Molde: _____
(Padres/Guardianes) *(Padres/Guardianes)*

No doy permiso que mi hijo/a sea fotografiado.

Mi hijo/a estará participando en el Autobús Escolar Ambulante los siguientes días y horarios:
(Por favor marqué con una X)

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tienes alguna pregunta por favor de comunicarse con: 707-399-3222 fax: 707-424-6074

Betsy Beavers, WSB Coordinator
Email: bbeavers@sta.ca.gov

Karin Bloesch, WSB Coordinator
Email: kbloesch@sta.ca.gov

Melissa Nance, WSB Coordinator
Email: mnance@sta.ca.gov