



# Callison Walking School Bus Parent Permission Form 2017-2018



My son/daughter, \_\_\_\_\_ (please print), has my permission to participate in the Walking School Bus program for the 2017/2018 school year.

I understand that my child will leave from one of the following locations at the following times: (please check)  
**Scottsdale Dr./Woodridge Dr.**  8:05 am      **Nelson Park**  8:05 am  
**Vanden Rd./Harvest Dr.**  8:05 am

\_\_\_\_\_ My child will be returning after school to the same WSB stop  
\_\_\_\_\_ My child has my permission to walk home from the WSB stop **without an adult**

(Please initial)  
\*Person responsible for picking up child at afternoon WSB stop (if not parent): \_\_\_\_\_

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 *Callison Elementary*, the district, its board members, its employees, Solano Transportation Authority 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:
- **Children not picked up at the WSB stop by 3:15 pm will be walked back to school and a parent will be called.**

Signed: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Phone Number) \_\_\_\_\_

Name (please print)

\_\_\_\_\_ (Phone Number) \_\_\_\_\_

Emergency contact name (please print)

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 Callison 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: \_\_\_\_\_ (parent/guardian)      Print name: \_\_\_\_\_ (parent/guardian)

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

My child will be participating in the Walking School Bus on 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:

Betsy Beavers, Safe Routes to School Program Coordinator

Email: bbeavers@sta.ca.gov (707)399-3222 fax: (707) 424-6074

[www.SolanoSR2S.ca.gov](http://www.SolanoSR2S.ca.gov)



# Callison 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 2017/2018.

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

**Scottsdale Dr./Woodridge Dr.**  8:05 am **Nelson Park:**  8:05am

**Vanden Rd./Harvest Dr.**  8:05 am

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 Callison, 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 Callison, 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 marque 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:  
Betsy Beavers, Safe Routes to School Program Coordinator  
Phone: (707)399-3222 Fax: (707)424-6074  
Email: [bbeavers@sta.ca.gov](mailto:bbeavers@sta.ca.gov)