

**MEDICAL REQUEST FOR TRANSPORTATION
(PEDIDO DE TRANSPORTACIÓN POR RAZONES DE SALUD)**

The Parent or Guardian of _____, who
Student's Name Student I.D. or Date of Birth
resides in _____, _____ is
Address Telephone
requesting special transportation consideration for his/her child to _____
School

**ALL INFORMATION RECEIVED WILL BE KEPT CONFIDENTIAL
(TODA LA INFORMACIÓN PROVEHÍDA, SERÁ MANTENIDA EN CONFIDENCIA)**

In your professional opinion, does this student suffer from any condition that would physically prohibit his/her walking to school thus requiring transportation?

(En su opinión profesional, ¿sufre este estudiante de una condición que físicamente impida que él/ella camine a la escuela y que requiera transportación?)

Yes No

(Requisitos Para un Estudiante Recibir Transportación: K-8 - dos millas; 9-12 – 3 millas.)

A physician must attach a detailed statement of medical diagnosis, medication, duration, and any other supporting evidence why special transportation is necessary for the student. CMSD policy requires a physical to be completed on all students each year; please include a physical with this report. Include information on how walking to school aggravates the student's condition.

Physician Name: _____ Telephone: _____

Address: _____ Date: _____

Physician Stamp: _____

AUTORIZACIÓN DEL PADRE: Por este medio autorizo que el Profesional de Salud Médica/Mental arriba mencionado ofrezca la información requerida al Distrito Escolar Metropolitano de Cleveland. También autorizo al Distrito para que someta esta información a la Oficina de Repaso Médico del Distrito. Una copia de esta autorización es tan válida como la original. Dicha información puede también convertirse parte del archivo de salud del estudiante.

Firma del Padre/Encargado Fecha

Approved Denied Evaluators Signature: _____ Date: _____

TRANSPORTATION – begin date: _____ end date: _____

TRANSPORTATION CODE: _____ School Bus RTA Cab

FAVOR DE DEVOLVER: (Antes del 1 de septiembre) a: Health Services, 1440 Lakeside Avenue,
Cleveland, Ohio 44114
Phone: 216-523-7971 Fax: 216-592-7399

(Después del 1 de septiembre): Devolver a la Oficina de la Enfermera Escolar.