

**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.**