

CHILD & FAMILY DEVELOPMENT PROGRAMS

Head Start Transportation Information

Please be aware of the pick-up and drop-off times for your child. Remember times can vary 10-15 minutes due to any number of circumstances beyond our control.

Child's Name: _____

Pick-up/Location: _____

Drop-off time/Location: _____

Authorized persons for pick-up: _____

If there are any changes in the above information we need to know as soon as possible to make the necessary adjustments. Head Start center phone _____, bus phone _____.

Parent signature: _____ Date: _____

CHILD & FAMILY DEVELOPMENT PROGRAMS

Información de Transporte

Por favor, sea consciente de la hora de recogida y regresa para su niño/a. Recuerda que la hora puede variar algunos 10-15 minutos, debido a una variedad de circunstancias que no podemos controlar.

Nobre de niño/a: _____

Hora de recogida/lugar: _____

Hora de regresa/lugar: _____

Personas con autoridad de recogerlo: _____

Si hay cualquier cambios en la información necesitamos saber inmediatamente par hacer los cambios. Teléfono de Head Start center _____, el autobús _____.

Firmar de Padres: _____ Fecha: _____