

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE PRINCE WILLIAM  
PROGRAMA DE EDUCACIÓN  
PARA ESTUDIANTES CON APTITUDES EXCEPCIONALES

PROGRAMA DE ESCUELA PRIMARIA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA TRANSPORTE**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

AUTORIZO a que mi hijo/a \_\_\_\_\_,  
asista al Centro de Educación para Estudiantes con Aptitudes Excepcionales de la Escuela Primaria  
en \_\_\_\_\_, los días establecidos para el programa SIGNET en el año escolar  
\_\_\_\_\_.

Comprendo que mi hijo será recogido en su escuela primaria y regresará a la escuela antes de la  
finalización del día escolar.

Firma del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

(Ciudad)

(Estado)

(Código postal)

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Correo electrónico familiar \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo (madre) \_\_\_\_\_ Correo electrónico (madre) \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo (padre) \_\_\_\_\_ Correo electrónico (padre) \_\_\_\_\_