

PEEKSKILL CITY SCHOOL DISTRICT
TRANSPORTATION DEPARTMENT
400 S Division St.
Peekskill, NY 10566
Jennifer Sampson –Administrator of Transportation

PARENTAL APPEAL FORM

PLEASE PRINT

STUDENT NAME: _____ PHONE # _____

ADDRESS: _____ Grade: _____

ROUTE # _____ SCHOOL: _____

SCHEDULED BUS STOP LOCATION: _____

DESCRIBE REQUEST:

SUGGESTED RESOLUTION:

PARENT OR GUARDIAN SIGNATURE: _____ DATE: _____

TRANSPORTATION
RESOLUTION: _____

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE/TRANSPORTATION USE ONLY

TRANSPORTATION STAFF SIGNATURE: _____

TITLE: DATE: _____

PEEKSKILL CITY SCHOOL DISTRICT

DEPARTAMENTO DE TRANSPORTE

980 Pemart Avenue

Peekskill, NY 10566

Jennifer Sampson –Administradora de Transporte

FORMULARIO DE APELACIÓN PARA LOS PADRES

LETRA DE IMPRENTA POR FAVOR

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ Teléf. # _____

DIRECCIÓN: _____ Grado: _____

#DE ROUTA DEL BUS _____ ESCUELA: _____

PARADA DE AUTOBUS PROGRAMADA _____

DESCRIBA SU SOLICITUD:

SOLUCIÓN SUGERIDA:

FIRMA DEL PADRE O GUARDIAN: _____ FECHA: _____

**RESOLUCIÓN DE
TRANSPORTE:**

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA / PARA USO DEL DEP. DE TRANSPORTE SOLAMENTE

FIRMA DEL PERSONAL DE TRANSPORTE _____

TÍTULO: FECHA: _____