



Zahtjev za medicinski prijevoz

VRATITE ISPUNJEN ZAHTJEV U
Waterloo Schools Education Service Center
1516 Washington St, Waterloo, IA 50702 ♦ 319.433.1801 ♦ Fax 319-433-1887



Ime učenika: _____ (molim štampanim slovima)

Roditelji/startelji koji zahtijevaju prijevoz zbog medicinskog stanja treba da odnesu ovaj obrazac svom doktoru da ispuni i vratite ispunjen obrazac u Waterloo Schools Education Service Center sa lokacijom na 1516 Washington St.

Odobrenje će se zasnivati na osnovu verifikacije popunjenog obrazca.

Osnovni razlog za zahtjev prijevoza: _____

Da li je ovaj zahtjev privremen? Da Ne

Ako jeste, kad se očekuje krajnji datum da će medicinski prijevoz biti potreban? ____ / ____ / ____

Ako nije, ovaj obrazac prestaje biti na snazi posljednjeg dana tekuće školske godine.

PREPORUKA

Zbog gore navedenog razloga i imajući u vidu planirano odsustvo iz škole ovog učenika, ja (mojim potpisom ispod) dajem preporuku za prijevoz ovog učenika kako glasi.

Prijevoz od vrata do vrata "Najbliže stajalište" prijevoza (obično 1-2 ulice od mjesta stanovanja)

Potpis doktora: _____ Datum: _____

Ime otkucano/napisano štampanim slovima: _____ Telefon: _____

Adresa/Grad/Država/Poštanski broj: _____

(SAMO za korištenje Departmana za prijevoz) Transportation Department Use ONLY

Request Denied (Reason) _____ Staff Initials _____

Request Approved A.M. Route # _____ A.M. Stop _____ A.M. Time _____

Request Approved P.M. Route # _____ P.M. Stop _____ P.M. Time _____

Date to Begin Pay Transportation _____ Date to Stop Pay Transportation _____

Student Services Department Review Request Approved Request Denied (Reason) _____

Special Education Student

Regular Education Student

Primary Address _____

School _____

Date Parent Notified _____ Total Charges Per Month (if applicable) \$ _____