

SOLICITUD DE SERVICIO DE TRANSPORTE ESCOLAR

Nombres y Apellidos Completos del Estudiante 1:	Grado o Curso:
Nombres y Apellidos Completos del Estudiante 2:	Grado o Curso:
Nombres y Apellidos Completos del Estudiante 3:	Grado o Curso:
Nombres y Apellidos Completos Padre del Estudiante:	Número de teléfono celular:
Nombres y Apellidos Completos Madre del Estudiante:	Número de teléfono celular:

Marque con una "X" el campus al que pertenece

ISM North _____ ISM Quito _____ ISM Kids _____ ISM West _____

Marque con una "X" el servicio de transporte solicitado (separación nuevo cupo)

Entrada y Salida (AM y PM) _____ Solo Entrada(AM) _____ Solo Salida (PM) _____

Marque con una "X" el servicio de transporte solicitado (cambio de dirección)

Bus actual _____ Recorrido Completo (AM y PM) ____ Cambio Entrada (AM) ____ Cambio (Salida) ____

Dirección en la que se deja al estudiante (AM):	Sector:
	Número de teléfono convencional:
Dirección en la que se deja al estudiante (PM):	Sector:
	Número de teléfono convencional:

Por favor enviar a los siguientes correos: northtransporte@ism.edu.ec; quitotransporte@ism.edu.ec; westtransporte@ism.edu.ec Según corresponda

FIRMA DEL REPRESENTANTE

www.ism.edu.ec

