



**Gina Reilly**  
Director, Department of Special Education  
Educational Services Division  
750 Waverly Avenue  
Holtsville, NY 11742  
631/244-4033  
Fax: 631/240-8971  
E-mail: greilly@esboces.org  
www.esboces.org

---

**2021-2022**  
**DESPIDO ALTERNO/FORMA PERMISO DE SALIDA DE ESTUDIANTE**

---

Yo, \_\_\_\_\_, doy permiso a mi hijo(a) \_\_\_\_\_  
(Padre/Persona con Relación Paternal) (Nombre Estudiante)

de ser recogido de la escuela por: \_\_\_\_\_

en los siguientes día(s) /fecha(s): \_\_\_\_\_

Yo comprendo que si hay un cambio en el permiso antes mencionado, Yo notificaré por escrito el escuela de mi hijo(a).

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Persona con Relación Paternal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**POR FAVOR COMPLETE Y DEVUELVALA A LA OFICINA DE LA ESCUELA.**

**GRACIAS POR SU ASISTENCIA.**