

# SPECIAL NEEDS SCHOOL BUS PRE-TRIP INSPECTION RECORD

School System: \_\_\_\_\_

Driver Name: \_\_\_\_\_

Bus Number: \_\_\_\_\_

Date: Begin \_\_\_\_\_  
End \_\_\_\_\_

If items are operating properly, place a check (✓) in the box. If items are not operating properly, mark X in the box and report it to the Transportation Department.

**Odometer Readings:**  
 A. End Month \_\_\_\_\_  
 B. Beginning Month \_\_\_\_\_  
 C. Miles Traveled \_\_\_\_\_  
 (A minus B = C)

Items to be Checked	DATE		Gallons of Fuel Added		✓		X		✓		X		✓		X		✓		X		✓		X			
	A	M	P	M	A	M	A	M	A	M	A	M	A	M	A	M	A	M	A	M	A	M	A	M		
Engine Oil & Coolant																										
Bells, Wires, & Hoses																										
Windshield & Windows																										
Tires & Lugs																										
Exhaust System																										
Brakes & Brake Leaks																										
Park or Emergency Brake																										
Emergency Exits & Buzzer																										
Headlights/Hazard																										
Pupil Loading Lights																										
Stop Arm/Crossing Arm																										
Steering Wheel & Horn																										
Mirrors & Adjustment																										
Emergency Equipment																										
Seats & Interior																										
Driver's Seat & Belt																										
Service Door/Entrance																										
Wipers/Washers																										
Defroster/Heaters																										
Gauges/Controls																										
Fuel Tank/Leak																										
Springs/Shocks																										
Lift Operating Properly																										
Securement Station Equipped																										
Straps/Belts in Good Condition																										
Anchorage Working Properly																										
SN Storage Clean and Dry																										
Web Belt Cutter Accessible																										
Operations Manual Accessible																										
Driver Initials																										

I certify that I have observed all official regulations.

\_\_\_\_\_  
Driver Signature

SPECIAL NEEDS SCHOOL BUS MONTHLY ROUTE REPORT

DRIVER NAME \_\_\_\_\_ BUS # \_\_\_\_\_ ROUTE NUMBER \_\_\_\_\_

SCHOOL YEAR: 20 \_\_\_\_\_ to 20 \_\_\_\_\_

Reporting Period: \_\_\_\_\_ mm \_\_\_\_\_ dd to \_\_\_\_\_ mm \_\_\_\_\_ dd

AIDE?	
Yes	No

Day/ School Date	School Served	Number Transported		AM	PM	Total	Day/ School Date	School Served	Number Transported		AM	PM	Total	Day/ School Date	School Served	Number Transported		AM	PM	Total
		Times	Load						Times	Load						Times	Load			
1	A	:	:	:	:		8	A	:	:	:	:		15	A	:	:	:	:	
	B	:	:	:	:			B	:	:	:	:			B	:	:	:	:	
	C	:	:	:	:			C	:	:	:	:			C	:	:	:	:	
	D	:	:	:	:			D	:	:	:	:			D	:	:	:	:	
Total							Total							Total						
2	A	:	:	:	:		9	A	:	:	:	:		16	A	:	:	:	:	
	B	:	:	:	:			B	:	:	:	:			B	:	:	:	:	
	C	:	:	:	:			C	:	:	:	:			C	:	:	:	:	
	D	:	:	:	:			D	:	:	:	:			D	:	:	:	:	
Total							Total							Total						
3	A	:	:	:	:		10	A	:	:	:	:		17	A	:	:	:	:	
	B	:	:	:	:			B	:	:	:	:			B	:	:	:	:	
	C	:	:	:	:			C	:	:	:	:			C	:	:	:	:	
	D	:	:	:	:			D	:	:	:	:			D	:	:	:	:	
Total							Total							Total						
4	A	:	:	:	:		11	A	:	:	:	:		18	A	:	:	:	:	
	B	:	:	:	:			B	:	:	:	:			B	:	:	:	:	
	C	:	:	:	:			C	:	:	:	:			C	:	:	:	:	
	D	:	:	:	:			D	:	:	:	:			D	:	:	:	:	
Total							Total							Total						
5	A	:	:	:	:		12	A	:	:	:	:		19	A	:	:	:	:	
	B	:	:	:	:			B	:	:	:	:			B	:	:	:	:	
	C	:	:	:	:			C	:	:	:	:			C	:	:	:	:	
	D	:	:	:	:			D	:	:	:	:			D	:	:	:	:	
Total							Total							Total						
6	A	:	:	:	:		13	A	:	:	:	:		20	A	:	:	:	:	
	B	:	:	:	:			B	:	:	:	:			B	:	:	:	:	
	C	:	:	:	:			C	:	:	:	:			C	:	:	:	:	
	D	:	:	:	:			D	:	:	:	:			D	:	:	:	:	
Total							Total							Total						
7	A	:	:	:	:		14	A	:	:	:	:		21	A	:	:	:	:	
	B	:	:	:	:			B	:	:	:	:			B	:	:	:	:	
	C	:	:	:	:			C	:	:	:	:			C	:	:	:	:	
	D	:	:	:	:			D	:	:	:	:			D	:	:	:	:	
Total							Total							Total						

A. \_\_\_\_\_  
B. \_\_\_\_\_  
C. \_\_\_\_\_

I certify that the information on this form is accurate to the best of my knowledge.

DRIVER SIGNATURE \_\_\_\_\_