CERES UNIFIED SCHOOL DISTRICT

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE VOLUNTARIO ESCOLAR

UNA SOLICITUD PARA CADA ESCUELA: Favor de agregar copia de su TB con esta forma.

Llene la forma completamente y entregue a la oficina de la escuela (escribe con letra de molde).
Empleados de CUSD que son Voluntarios Supervisados solo necesitan llenar la sección en la caja abajo y entregue la forma a la Oficina del Distrito: Student Support
(CUSD students are exempt) **Empleado de CUSD? Sí___ No___**

AÑO ESCOLAR: 2018-2019 **PIDO SER VOLUNTARIO EN: _____**
(Nombre de Escuela)

NOMBRE COMPLETO: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre (Apellido de Soltera)

NOMBRE DE ALUMNO: (#1) _____GRADO:_____ RELACIÓN CON ALUMNO:_____
(#2) _____GRADO:_____ RELACIÓN CON ALUMNO:_____
(#3) _____GRADO:_____ RELACIÓN CON ALUMNO:_____

DOMICILIO: _____
Casa Ciudad Estado Código Postal

FECHA DE NACIMIENTO DEL VOLUNTARIO: _____/_____/_____
Mes Día Año

TELEFONO: _____ # ALTERNATIVO DE CONTACTO: _____

Deseo solicitar como (marque solo **uno**):

☐ **Voluntario Supervisado** – (e.j., voluntario de salon, acompañante de paseos educativos por un día, etc.)

☐ **Voluntario Sin Supervisión** - (e.j., acompañante de paseos educativos por la noche, voluntario de ayudante atlético/banda musical, etc.)

Al entregar mi solicitud de acuerdo con el Código de Educación de California Sección 35021.1, como esta enmendado por la Ley de Asamblea 3458 de 1994, yo por el presente autorizo al Distrito a realizar una verificación de antecedentes, inclusive si estoy en la lista del sitio web del Departamento de Justicia de CA de la Ley de Megan, y autorizo la revelación de información con respecto a mi solicitud para ser voluntario/a.

Al firmar abajo, yo afirmo que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi conocimiento leal y entendimiento. Cualquier falsificación en esta solicitud puede tener como resultado la negación o revocación de ser voluntario/a. Al firmar también indico que recibo y acepto la obligación del Distrito en reportar cualquier maltrato de niños (por favor refiérase al Informe de Obligación de Maltrato a Niños). **Comprendo que mi estatus de voluntario puede ser revocado en cualquier momento.**

_____	_____	_____
Nombre del Voluntario	Firma del Voluntario	Fecha
_____	_____	_____
Nombre del Administrador	Firma del Administrador	Fecha

To Be Completed By School Site Administration or Designee (completado por el administrador de la escuela)		
Circle: Approved / Denied	Photo ID Verified: ___/___/_____	Circle: Supervised / Unsupervised

To Be Completed By Student Support Services Office (completado por la oficina del distrito)

Supervised:
Megan's Law Clearance: ___/___/_____ Risk Assessment: ___/___/_____ Site Notification: ___/___/_____

Unsupervised: (Fingerprint Clearance)
DOJ: ___/___/_____ FBI: ___/___/_____ Entered DS: ___/___/_____

Para los Solicitantes de Preescolar

En conformidad con el SB-792, los Voluntarios de Preescolar deben haber completado las siguientes inmunizaciones.

TDAP _____	MMR _____	Flu (Esta vacuna se puede renunciar) _____