



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE CERES

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE VOLUNTARIO ESCOLAR



UNA SOLICITUD POR CADA ESCUELA: Por favor mande copia de su TB con esta forma.

Llene la forma completamente y entreguela en la oficina de la escuela (escriba en letra de molde).
Empleados de CUSD que son Voluntarios Supervisados sólo necesitan llenar la sección en la caja abajo y entregar la forma en la Oficina del Distrito: Apoyo para el Estudiante.
(Estudiantes de CUSD están exentos) ¿Empleado de CUSD? Sí__ No__

AÑO ESCOLAR: 2016-2017 PIDO SER VOLUNTARIO EN: _____

Nombre de Escuela o Head Start/Pre-School

NOMBRE COMPLETO: _____

NOMBRE DEL ALUMNO: (#1) _____ RELACIÓN CON ALUMNO: _____
 (#2) _____ RELACION CON ALUMNO: _____
 (#3) _____ RELACION CON ALUMNO: _____

DOMICILIO: _____

Casa Ciudad Estado Código Postal

FECHA DE NACIMIENTO DEL VOLUNTARIO: ____/____/____

TELEFONO.: _____ # ALTERNATIVO DE CONTACTO: _____

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

- Voluntario Supervisado**—(e.j., voluntario de salón, 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		
Circle: Approved / Denied	Photo ID Verified: ____/____/____	Circle: Supervised / Unsupervised

To Be Completed By Student Support Services Office		
Megan's Law Clearance: ____/____/____	TB Test Completed: ____/____/____	Site Notification: ____/____/____
Fingerprint Clearance: DOJ: ____/____/____	FBI: ____/____/____	Entered DS: ____/____/____

En cumplimiento con SB-792, Voluntarios de Prechool deben tener las siguientes inmunizaciones:		
____ TDAP	____ MMR	____ Flu (Esta vacuna se puede ceder)