

# Wood Dale School District No. 7

543 NORTH WOOD DALE ROAD  
WOOD DALE, ILLINOIS 60191-1587  
(630) 595-9510 FAX (630) 595-5625

JOHN CORBETT, Ed. D.  
*Superintendent*

MERRI BETH KUDRNA, Ed. D.  
*Curriculum Director*

ABE SINGH  
*Business Manager*

## Formulario de Información y Renuncia de Responsabilidad de Especialistas y Voluntarios

Los voluntarios deben completar este formulario cada año escolar. Por favor escriba claramente con tinta:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellidó                      Primer                      Segundo                      Teléfono

Nombre de Soltera o Nombres Usados Anteriormente: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle                                      Ciudad                                      Código Postal

Médico Personal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto Adulto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Es usted ahora o ha sido un voluntario de la escuela?     Sí     No

En caso afirmativo, a que escuela: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Nombre de estudiante que asiste a esta escuela: \_\_\_\_\_

Información de Convicción Criminal:    ¿Es usted un delincuente sexual infantil?     Sí     No

¿Alguna vez ha sido condenado por un delito?     Sí     No    En caso afirmativo, enumere todos los delitos.

Ofensa	Fecha	Lugar
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Si se solicita, está dispuesto a dar su consentimiento para una verificación de antecedentes de criminales?  
 Sí     No

### Renuncia de Responsabilidad

El Distrito Escolar no proporciona cobertura de seguro para el personal no empleado en el distrito o personas que sirven como voluntarios. El propósito de esta renuncia es de previo aviso a los posibles voluntarios que no tienen cobertura de seguro por el distrito escolar y para documentar el reconocimiento de los voluntarios que prestan servicio voluntario a su propio riesgo.

### Al firmar a continuación:

Usted reconoce que el distrito escolar no proporciona cobertura de seguro para voluntarios de las pérdidas, lesiones, enfermedades o muerte como resultado de servicio voluntario al Distrito Escolar.

Usted se compromete a asumir todos los riesgos de muerte o cualquier pérdida, lesión, enfermedad o daño de cualquier naturaleza o tipo, que surjan de servicio con o sin supervisión de los voluntarios al distrito escolar. También acepta renunciar a cualquier reclamo contra el distrito escolar, o sus funcionarios, miembros de la Junta de Educación, empleados, agentes o cesionarios, de la pérdida por muerte, lesiones, enfermedades o daños de cualquier tipo que surjan por servicio con o sin supervisión del voluntario en el distrito escolar.

Nombre de Voluntario (*imprima*) \_\_\_\_\_

Firma de Voluntario \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

---

**Para Uso Exclusivo de la Escuela**

Descripción general de la asignación(es):

- Supervisando estudiantes cuando sea necesario por un maestro(a)
- Supervisando estudiantes durante una actividad programada
- Asistiendo en los programas académicos
- Asistiendo en el centro de recursos o en la oficina principal
- Otro \_\_\_\_\_

Nombre del miembro del personal supervisando: \_\_\_\_\_

Registro de Delincuentes Sexuales de Illinois, [www.isp.state.il.us/sor/](http://www.isp.state.il.us/sor/)

Registro verificado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ (*obligatorio*)

Registro de Asesinos y Delincuentes Que Usan Violencia Contra Menores, [www.isp.state.il.us/cmvo/](http://www.isp.state.il.us/cmvo/)

Registro verificado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ (*obligatorio*)

Dru Sjodin Sitio Web Público Nacional de Delincuentes Sexuales (NSOPW), [www.nsopr.gov](http://www.nsopr.gov)

NSOPW verificado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ (*obligatorio*)

**Para Ser Completado Por el Principal de la Escuela:**

¿Estará trabajando el individuo durante un largo período y en contacto directo con los estudiantes, donde ningún miembro del personal estará presente continuamente o en otras situaciones en las que una verificación de antecedentes penales por huellas digitales sería prudente?  Sí  No

Si es así, y siempre que el individuo autorizado que se revise los registros de antecedentes penales de huellas digitales, por favor proporcione lo siguiente:

Fecha en que se solicitó la verificación de antecedentes \_\_\_\_\_

Fecha en la que la verificación de antecedentes se ha recibido y revisado \_\_\_\_\_

Comprobante revisado por (letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma de Principal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_