



WOOD DALE

SCHOOL DISTRICT 7

STRIVE FOR EXCELLENCE

JOHN CORBETT, Ed. D.
Superintendent

MERRI BETH KUDRNA, Ed. D.
Curriculum Director

STEVE WILT
Business Manager

Formularz Okręgu Szkolnego nr 7 w Wood Dale dotyczący informacji o osobach świadczących usługi dla uczniów i wolontariuszach. Zrzeczenie się roszczeń prawnych.

Wolontariusze muszą wypełnić poniższy formularz, który jest ważny przez cały rok szkolny. Proszę drukować długopisem:

Dane osobowe: _____
Nazwisko Imię Drugie imię Numer telefonu

Data urodzenia: _____

Imię panięskie lub imiona używane wcześniej: _____

Adres: _____
ulica / miasto / kod pocztowy

Lekarz rodzinny: _____ Telefon: _____

Kontakt w nagłych: _____ Telefon: _____

Czy jesteś lub kiedykolwiek byłeś wolontariuszem? Tak Nie

Jeżeli tak, to w której szkole?: _____ jakie lata?: _____

Imię i nazwisko syna/córki lub wychowanka, który uczęszcza do tej szkoły: _____

Proszę wymienić wszystkie dzieci uczęszczające obecnie do szkół rejonu 7:

Imię i nazwisko: _____ Szkoła: _____ Nauczyciel: _____

Imię i nazwisko: _____ Szkoła: _____ Nauczyciel: _____

Imię i nazwisko: _____ Szkoła: _____ Nauczyciel: _____

Imię i nazwisko: _____ Szkoła: _____ Nauczyciel: _____

Informacje o wyrokach kryminalnych: Czy jesteś dziecinny
przestępcą seksualnym? Tak Nie

Czy kiedykolwiek byłeś skazany za przestępstwo? Tak Nie Jeżeli Tak, wymień wszystkie przestępstwa.

Przestępstwo	Data	Miejsce
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Jeżeli zostanie zarządzane, czy wyrazisz zgodę na sprawdzenie twojego rekordu kryminalnego? Tak Nie

Zrzeczenie się roszczeń prawnych przeciwko Okręgowi Szkolnemu nr 7.

Okręg Szkolny nie oferuje ubezpieczenia dla osób, które nie są pracownikami tegoż Dystryktu Szkolnego, a oferują swoje usługi jako wolontariusze. Zadaniem tego formularza jest poinformowanie przyszłych wolontariuszy, że Okręg Szkolny nr 7 nie oferuje im żadnego ubezpieczenia i udokumentowanie, że wolontariusze rozumieją obowiązujące zasady i świadczą usługi na własne ryzyko.

Składając poniżej własnoręczny podpis:

Rozumie Pan/Pani, że Okręg Szkolny nie oferuje żadnego pokrycia z ramienia ubezpieczenia dla wolontariuszy w wypadku straty, urazu, choroby lub śmierci będących rezultatem niepłatnych usług świadczonych dla Okręgu Szkolnego.

Zgadza się Pan/Pani na zaakceptowanie całości ryzyka śmierci, straty, urazu, choroby lub jakiegokolwiek uszkodzenia w wyniku nadzorowanych i nienadzorowanych usług świadczonych dla Okręgu Szkolnego. Ponadto zgadza się Pan/Pani na zrzeczenie się wszystkich roszczeń przeciwko Okręgowi Szkolnemu, jego oficerom, członkom Rady Szkolnej, pracownikom, agentom, cesjonariuszom za poniesione straty spowodowane śmiercią, urazem, chorobą lub jakimkolwiek uszkodzeniem w wyniku nadzorowanych i nienadzorowanych usług świadczonych dla Okręgu Szkolnego.

Imię i nazwisko wolontariusza (*proszę drukować*)

Podpis wolontariusza

Data

For School Use Only

General description of assignment(s):

- Supervising students as needed by a teacher
- Supervising students during a regularly scheduled activity
- Assisting with academic programs
- Assisting at the resource center or main office
- Other _____

Name of supervising staff member: _____

Illinois Sex Offender Database Registry, www.isp.state.il.us/sor/

Registry checked by: _____ Date: _____ (*mandatory*)

Illinois Murderer and Violent Offender Against Youth Registry, www.isp.state.il.us/cmvo/

Registry checked by: _____ Date: _____ (*mandatory*)

Dru Sjodin National Sex Offender Public Website (NSOPW), www.nsopr.gov

NSOPW checked by: _____ Date: _____ (*mandatory*)

To be completed by the Building Principal:

Will the individual be working over a long period of time in direct contact with students where no staff member is continuously present or in other situations where a fingerprint-based criminal history records check would be prudent? Yes No

If yes, and provided the individual authorized the fingerprint-based criminal history records check, please provide the following:

Date that the background check was requested: _____

Date that the background check was received and reviewed: _____

Check reviewed by (*please print*): _____

Signature of Principal

Date