



Community Unit School District 303

Información de Voluntarios y Dispensa de Responsabilidad

Una dispensa de responsabilidad para voluntarios necesita ser completada cada año escolar en cada lugar que un individuo va a ser voluntario. Por favor escriba claramente con tinta.

Nombre _____
Apellido Nombre Segundo Nombre Teléfono

Dirección _____
Calle Ciudad Código Postal

Es usted voluntario o alguna vez ha sido voluntario? Si No

Si es si, en que escuela? _____ Año _____

Dispensa de Responsabilidad

El Distrito Escolar no provee cobertura de seguro al personal que no pertenece al Distrito y que sirve de voluntario para el Distrito Escolar. El propósito de esta dispensa es para proveer información a los futuros voluntarios de que no tienen cobertura de seguro por el Distrito Escolar y para documentar el reconocimiento de que ellos están proveyendo servicio voluntario bajo su propio riesgo.

Al poner su firma abajo:

1. Usted reconoce que el Distrito Escolar no provee cobertura de seguro para los voluntarios, por cualquier pérdida, daño, o muerte resultado de los servicios sin paga al Distrito Escolar.
2. Usted está de acuerdo en asumir todos los riesgos por muerte o cualquier pérdida, daño, enfermedad o daño de cualquier naturaleza que pueda surgir del servicio supervisado o sin supervisión al Distrito Escolar. Usted también está de acuerdo a dispensar cualquiera y todas las demandas en contra del Distrito Escolar, o sus oficiales, Miembros de la Junta, empleados, agentes o asignados, por perdidas por muerte, heridas, enfermedad o danos de cualquier tipo que surjan del servicio supervisado o sin supervisión del voluntario al Distrito Escolar.
3. Si se requiere, usted está de acuerdo y autorizara al Distrito Escolar a llevar a cabo un chequeo criminal y reconoce que el Distrito usara Oficina de Educación Regional del Condado de Kane, para asegurar la toma de huellas digitales y que sus huellas digitales serán checadas con los Records del Estado de Illinois. Usted está de acuerdo de que usted será responsable de pagar la cuota de \$20.00 de la toma de huellas digitales.

Distrito 303 Año Escolar

Director/Miembro del Personal (favor de escribir)

Nombre del Voluntario (favor de escribir)

Director/Miembro del Personal (Firma)

Firma del Voluntario

Fecha

“Empowering and Inspiring ALL”