

# ARCADIA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

## FORMA DE REGISTRO PARA VOLUNTARIOS

### INFORMACION DEL CONTACTO (por favor imprimir)

Nombre: \_\_\_\_\_ M.I.: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nombres de los niños: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Salón: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nota: Huella digitales obligatoria para voluntarios trabajando con estudiantes sin ser supervisados por un empleado de AUSD.

### INFORMACION DEL VOLUNTARIO

- PADRE O GUARDIAN**  
 **YA SOY VOLUNTARIO** en el Distrito Escolar Unificado de Arcadia  
 **VOLUNTARIO NUEVO**

Complete la información que aparece abajo indicando sus preferencias marce todas las veces que quiera.

### DISPONIBILIDAD DEL VOLUNTARIO

**DIAS:**  Lun.  Mar.  Mie.  Jue.  Vie.  Fin de Semana **HORARIO** \_\_\_\_\_ a.m./p.m.

### FUNCIONES DE VOLUNTARIO

Prefiero:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Trabajar individualmente con estudiantes (uno en uno)                           | <input type="checkbox"/> Trabajar con grupos de estudiantes   |
| <input type="checkbox"/> Ayudar en el salón (ejemplo, calificar notas, hacer tableros de anuncios, etc.) | <input type="checkbox"/> Ser chaperón de estudiantes en viajes nocturnos (huellas digitales requeridas) |
| <input type="checkbox"/> Ayudar con programas de Educación Física  | <input type="checkbox"/> Asistir en la oficina (oficinista,/biblioteca/salud)                           |
| <input type="checkbox"/> Ayudar con la supervisión de campo de deportes, drama/cafetería                 | <input type="checkbox"/> AUSD ya me tomo las huellas digitales  |
|  | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique)   |

### HABILIDADES DEL VOLUNTARIO

- Trabajo de oficina: escribe en maquina? Si \_\_\_ No \_\_\_
- Habilidades artísticas: en que \_\_\_\_\_ (artes, artesanías, etc.)
- Capacidad educacional (capacidad de enseñar una habilidad, técnica o el proceso) \_\_\_\_\_
- Consultor de investigaciones (conocimiento especial o talento que podría ser demostrado o comunicado a unos pocos estudiantes o a un grupo de estudiantes) \_\_\_\_\_
- Fluidez en idioma extranjero? Si es así, en qué idioma? \_\_\_\_\_
- Otro (por favor especifique) \_\_\_\_\_ (si es necesario use el reverso)

**(Firma del Aplicante)** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**NOTE TO SCHOOLS:** Be sure to retain form in the Health Office along with the healthcare provider completed TB Risk Assessment.