



An Osborn EducationSM

Osborn School District #8 ♦ 1226 West Osborn Road ♦ Phoenix, AZ 85013 ♦ (602) 707-2000 ♦ www.OsbornSchools.org

APLICACIÓN VOLUNTARIO PARA LOS PADRES

Le agradece por su interés en nuestra escuela. Si usted quisiera ofrecerse voluntariamente, completo y volver esta forma a la oficina de su escuela preferida.

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Código Postal _____ Teléfono _____

Dirección email _____

Nombres y los grados de sus niños en las escuelas del Osborn:

Nombre	Grado	Escuela
Nombre	Grado	Escuela
Nombre	Grado	Escuela

Ocupación: _____ Dirección del trabajo _____

Historia Educativa _____

Preferencia Del Voluntario De:

Escuela y grado _____ Fecha del comienzo _____

Día _____ Tiempo _____

Idiomas que usted habla _____

Haga una lista de las habilidades, los intereses o las manías especiales que usted compartiría con nosotros: _____

Campos de interés para mí:

Arte	_____	Proyectos Especiales	_____
Biblioteca	_____	Ed Especial	_____
Sala de clase	_____	Centro de la familia	_____
Música	_____	Invitador particular	_____
Oficina	_____	Profesor particular	_____
Ed Físico.	_____	Paseos	_____
Servicios médicos	_____		



FORMA VOLUNTARIA DE LA INMUNIZACIÓN

Para su salud y seguridad y de nuestros estudiantes, proporcionan por favor la información referente a susceptibilidad al sarampión y a la rubéola. Compruebe por favor la declaración siguiente para saber si hay cada enfermedad y después firme.

SARAMPIÓN

1. Nací antes de 1957 (exención de la edad).
2. He tenido Sarampión (usted debe proporcionar resultados del laboratorio).
3. Me han inmunizado (favor de proporcione un expediente aceptable de la inmunización).
4. Debido a mi condición física, inmunización presenta un riesgo de salud en este tiempo.
5. No elijo ser inmunizado debido a la creencia personal o religiosa.

RUBÉOLA

1. Soy por lo menos 45 años de la edad o más viejos.
2. He tenido rubéola (proporcione los resultados del laboratorio).
3. Me han inmunizado (favor de proporcione un expediente aceptable de la inmunización).
4. Debido a mi condición física, inmunización presenta un riesgo de salud en este tiempo.
5. No elijo ser inmunizado debido a la creencia personal o religiosa.

Observe por favor que le consideran susceptible al sarampión y/ o al rubéola si usted comprobó (4) o (5) para saber si hay uno o ambos. También le consideran susceptible si usted comprobó artículos (2) o (3) y no ha proporcionado la documentación aceptable. En cualquier caso, si usted es susceptible, será necesario pedir que usted no se ofrezca voluntariamente en el acontecimiento de un brote de sarampión o de la rubéola.

Firma: _____ Fecha: _____

INFORMAITON VOLUNTARIO de EMERGENCIA

Nombre (por favor impresión) _____

Dirección _____

Teléfono de residencia _____ Teléfono del trabajo _____

Persona a notificar en caso de una emergencia:

Nombre _____ Teléfono _____

Nombre _____ Teléfono _____

¿Usted tiene cualquier condición de la salud por notar? _____

En caso de que de la emergencia, elija ir al hospital.

* Es una buena idea usar una pulsera de MediAlert si usted tiene una condición que pueda requerir la atención

INFORMACIÓN SUPLEMENTAL VOLUNTARIA DEL PADRE

El número de la licencia de conductor _____ Estado _____

¿Le han condenado siempre por un crimen o un delito menor? Sí _____ Ningún _____

Si sí, explique por favor _____

¿Le han condenado siempre por un crimen contra niños? Sí _____ Ningún _____

si sí, expliqué por favor _____

Certifico que la información antedicha está correcta. Entiendo que la información será mantenida confidencial.

Acuerdo seguir todas las reglas y políticas del distrito con respecto a ofrecerse voluntariamente en las escuelas.

Firma: _____ Fecha: _____