WOOD DALE
SCHOOL DISTRICT 7
STRIVE FOR EXCELLENCE

SHANNON DUDEK, Ed. D.
Superintendent

CHRISTOPHER BLOMQUIST
Chief Business School Official

ELVIA VILLALOBOS
Curriculum Director

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. Prosze drukować długopisem:

Dane osobowe: _____ _____
Nazwisko Imię Drugie imię Numer telefonu

Data urodzenia:_____

Imię panieńskie 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 dziecinnym przestępcą seksualnym? ☐ Tak ☐ Nie

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

Przestępstwo	**Data**	**Miejsce**

Jeżeli zostanie zarządane, 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 sa 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.

-KONTYNUACJA NA NASTĘPNEJ STRONIE-

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, https://isp.illinois.gov/Sor

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

Illinois Murderer and Violent Offender Against Youth Registry, https://isp.illinois.gov/MVOAY

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

Dru Sjodin National Sex Offender Public Website (NSOPW), https://www.nsopw.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