



Grants Pass School District No. 7
725 N.E. Dean Drive
Grants Pass, OR 97526
541-474-5700

Volunteer Background/Information Sheet

School _____

Name (Please Print) _____
(Complete name required: first, middle, last)

List Other Names Previously Used _____

List Other States Where You Have Been A Resident _____

Current Address _____ City/State/Zip _____

Phone # _____ Email Address _____

Occupation _____

Employer _____ Work Phone # _____

Program/Event volunteering for _____

Previous Volunteer Work _____

Education / Special Training _____

Name of your child(ren), if applicable _____

- I understand that the right to confidentiality must be respected. I agree to keep any information confidential regarding the agencies and/or schools with whom I am assigned.
- I understand that it is very important that I am here on time on assigned days.
- I understand the following information will be used for a criminal background check:

Date of Birth _____ SSN _____

Driver's License # _____ State Driver's License Issued By _____

- My signature is my permission for Grants Pass School District to conduct a criminal background check.
- I understand that Grants Pass School District will pay, on my behalf, for an Oregon only background search. I will be responsible for payment for any other states needing a criminal records check.

Signature of Volunteer _____ Date _____

Signature of Parent/Guardian if a minor _____ Date _____

Background Check Completed By School Personnel _____ Date _____



Distrito Escolar de Grants Pass No. 7
725 N.E. Dean Drive
Grants Pass, OR 97526
541-474-5700

Hoja de antecedentes/información de voluntarios

Escuela _____

Nombre (por favor imprimir) _____
(Nombre completo requerido: nombre, segundo nombre, apellido)

Enumere otros nombres utilizados anteriormente _____

Enumere otros estados donde ha sido residente _____

Dirección actual _____ Ciudad/Estado/Código postal _____

de teléfono _____ Correo electrónico _____

Ocupación _____

Empleador _____ # teléfono del trabajo _____

Voluntariado en programas/eventos para _____

Trabajo voluntario anterior _____

Educación / Entrenamiento Especial _____

Nombre de su(s) hijo(s), si corresponde _____

- Entiendo que se debe respetar el derecho a la confidencialidad. Estoy de acuerdo en mantener la confidencialidad de cualquier información sobre las agencias y/o escuelas con las que estoy asignado.
- Entiendo que es muy importante estar aquí a tiempo en los días asignados.
- Entiendo que la siguiente información se utilizará para una verificación de antecedentes penales:

Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

de Licencia de conducir _____ Licencia de conducir estatal emitida por _____

- Mi firma es mi permiso para que el Distrito Escolar de Grants Pass realice una verificación de antecedentes penales.
- Entiendo que el Distrito Escolar de Grants Pass pagará, en mi nombre, por una búsqueda de antecedentes únicamente en Oregón. Seré responsable del pago de cualquier otro estado que necesite una verificación de antecedentes penales.

Firma de Voluntario _____ Fecha _____

Firma del padre/tutor si es menor de edad _____ Fecha _____

Verificación de antecedentes completada por el personal de la escuela _____ Fecha _____