



FONTANA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Early Education Programs

Every Student Successful | Engaging Schools | Empowered Communities

PRESCHOOL CLASSROOM VOLUNTEER REQUIREMENTS

The below information is required before you can volunteer in the State Preschool Classroom:

- ☐ TB Clearance – **Must be less than 60 days from the date of submitting your application.**
- ☐ Proof of the Measles immunization or proof of immunity.
- ☐ Proof of the Pertussis (Whooping Cough) Tdap Immunization (only valid 10 years).
- ☐ Flu immunization (Per the State of California, the Flu Immunization must be given **between August 1 thru December 1 of each year** – or a flu waiver may be signed at Building #16.
- ☐ Mandated Reporter Training Certificate
- ☐ Valid Photo ID

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS REGARDING THE ABOVE REQUIREMENTS, PLEASE CONSULT YOUR PHYSICIAN OR IF YOU HAVE NO HEALTH INSURANCE PLEASE CONTACT THE PUBLIC HEALTH DEPARTMENT OF SAN BERNARDINO COUNTY @ 1-800-722-4777

*PARENTS WHO WERE BOARD APPROVED TO VOLUNTEER LAST YEAR AND WOULD LIKE TO CONTINUE TO VOLUNTEER FOR OUR PRESCHOOL PROGRAM, PLEASE BE SURE TO BRING IN YOUR NEW APPLICATION TO BUILDING #16 **ALONG WITH A CURRENT FLU IMMUNIZATION** OR FLU WAIVER, PROOF OF YOUR TDAP IMMUNIZATION (**VALID ONLY 10 YEARS**), PROOF OF YOUR NEW TB IMMUNIZATION **IF** IT HAS EXPIRED.

PLEASE RETURN ALL THE ABOVE INFORMATION TO:

The Early Education Department, Building #16

Office Hours: 7:30 am - 4:30 pm

Each family is encouraged to participate in the preschool classroom 6 hours a month to show your commitment to your child's future success through education.

The Early Education Department provides guidance and support through collaboration with families to promote student achievement.



FONTANA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Early Education Programs

Every Student Successful | Engaging Schools | Empowered Communities

EDUCACION TEMPRANA – PREESCOLARES ESTATAL

Requistios para ser voluntario:

- ☐ Aclaración de tuberculosis – **Menos de 60 días** a partir de la fecha de presentacion su aplicación
- ☐ Inmunización contra el sarampión.
- ☐ Inmunización contra la tos ferina/ pertusis - Tdap (VÁLIDO SÓLO 10 AÑOS).
- ☐ Imunización contra la gripe (administrada entre el 1 de Agosto y el 1 de Diciembre de cada ano o se pueda firmar un formulario de exención en edificio #16.
- ☐ Certificado de Formación para Denunciante Obligatorio
- ☐ Identification válida con foto.

SI TIENE CUALQUIER PREGUNTA CON RESPECTO A LOS REQUISITOS ANTERIORES, POR FAVOR CONSULTE A SU MEDICO O SI NO TIENE SEGURO DE SALUD POR FAVOR PONGASE EN CONTACTO CON EL DEPARTAMENTO DE SAULD PUBLICA DE CONDADO DE SAN BERNARDINO AL **1-800-722-4777**.

*PADRES QUE FUERON APROBADOS PARA SER VOLUNTARIOS EL AÑO PASADO Y DESEAN CONTINUAR SER VOLUNTARIO PARA NUESTRO PROGRAMA PREESCOLAR, POR FAVOR, ASEGÚRESE DE TRAER SU NUEVA APLICACIÓN AL EDIFICIO # 16 **JUNTO CON** UNA INMUNIZACIÓN ACTUAL DE LA GRIPE O UNA EXENCIÓN DE GRIPE (**PRUEBA DE SU VACUNACIÓN VÁLIDO SÓLO 10 AÑOS**), Y COMPROBANTE DE SU NUEVA INMUNIZACIÓN DE **TB SI SE HA VENCIDO**.

POR FAVOR DEVUELVA TODA LA INFORMACION ANTERIOR A:

El Departamento de Educaion Temprana, Edificio #16

Horario de Oficina: 7:30 am - 4:30 pm

Se anima a cada familia a participar en el aula de preescolar 6 horas al mes para mostrar su compromiso con el éxito future de su hijo a través de la educación.

The Early Education Department provides guidance and support through collaboration with families to promote student achievement.

Fontana Unified School District
VOLUNTEER AUTHORIZATION

☐ Current Volunteer
☐ FUSD Employee
☐ Rollover

Print Clearly

Name: _____ Soc. Sec. No. (Last 4 digits): _____
Address: _____ Date of Birth: _____ / _____ / _____
Email Address: _____ Phone: (_____) _____
Student's Name: _____ School Site: _____
Provide reason for volunteering: _____

Have you ever been **convicted of a felony or misdemeanor**, or do you currently have a **felony or misdemeanor charge pending**?
Convictions include a plea of guilty, nolo contendere (no contest) and/or a finding of guilty by a judge or a jury. (Note: Exclude convictions related to the use of marijuana that are over two years old.)

☐ NO ☐ YES

(If yes, please explain.) _____



**Mandated Reporter
Training (English)**

☐ I acknowledge that I am required to complete all mandatory
volunteer training before engaging in volunteer activities at the
school or district. Attach proof of training to the application form.

FOR SCHOOL SITE USE ONLY

STEP 1: Check Box Below to Indicate Type of Volunteer Assignment

☐ **Standard Volunteer (Under Direct Supervision); Does Not Require Fingerprints**

1. Parents who observe/visit child at school regularly and stay more than 15 minutes each time.
2. Attending or chaperoning school-sponsored field trip (excluding high school grad night activities)

☐ **Preschool Volunteer; Requires Immunizations**

Prior to volunteering in a Preschool, multiple immunizations are required: Tuberculosis (TB), Pertussis (TDAP) & Measles, Mumps, Rubella (MMR). Influenza (Flu) is optional, but waiver must be included.

Submit documents to the **Early Education Department**, Bldg. 16, or call 909.357.5000 ext. 29092

☐ **School Activity Volunteer or Coaching (see list on page 3); Requires Fingerprints & TB Immunization**

Prior to volunteering in a school activity, or coaching, Fingerprinting is required, and a proof of **Tuberculosis (TB)** vaccine and **Concussion Training Certificate (CTC)** must be obtained (all expenses are to be paid for by the volunteer).

☐ **Other Volunteer Assignments Requiring Fingerprints**

1. Volunteering over 16 hours per week in a **State Preschool** and the volunteer is not related to a child in the classroom
2. Tutoring/mentoring outside classroom or outside supervised school setting
3. Transporting students in a private vehicle
4. Student observation as part of a formal teacher preparation program
5. **Any volunteer activity where there is a possibility of unsupervised contact with children**

STEP 2:

☐ **Certificate
(SB848)**

[Parent Training Videos](#)

☐ **Megan's Law Check**

<http://www.meganslaw.ca.gov/>

☐ **TB Test Results**

Within Last 60 Days

☐ **Photo ID
(copy)**

☐ **Immunizations**

Preschool Volunteers Only

☐ **CTC
(Concussion)**

I recommend approval of this volunteer and acknowledge that the type of volunteer assignment indicated above is accurate, that a complete Megan's Law Check has been conducted, and the individual will not be authorized to volunteer until I have been notified that he/she has obtained all necessary clearances, including approval by the Board of Education.

Administrator Signature

Administrator Name (please print)

Date

STEP 3: Submit documents (Form, Training Certificate, TB Results, Copy of ID, CTC, Immunizations) to Human Resources

If fingerprints are required, the volunteer will be emailed information by Human Resources. Once all necessary clearances are obtained, the department/school site will be advised of the volunteer's effective date.

FOR HUMAN RESOURCES USE ONLY

TB Test _____ CTC _____ Immunizations _____ FP _____ Board Appv Date _____

Eff. Date _____ to _____ Livescan Info Emailed _____

NOTES: _____

Distrito Escolar Unificado De Fontana
AUTORIZACIÓN PARA VOLUNTARIOS

☐ Current Volunteer
☐ FUSD Employee
☐ Rollover

Favor De Completar Con Letra De Molde

Nombre: _____

No. de Seguro Social (últimos 4 dígitos): _____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Teléfono: (_____) _____

Nombre del Estudiante: _____

Escuela: _____

¿A sido condenado/a de un delito grave o menor, o tiene un cargo pendiente por un delito grave o menor? Condenas incluyen una súplica de culpable, sin disputa y/o veredicto de culpable por un juez o jurado. [Nota: Excluye condenas relacionadas con el uso de marijuana de hace más de dos (2) años.]

☐ No ☐ Si _____

(Si la respuesta es sí, por favor explique.)

☐ Reconozco que debo completar la capacitación obligatoria de voluntariado antes de participar en actividades de voluntariado en la escuela o el distrito. Adjunta el comprobante de cumplimiento al formulario de solicitud.

Denunciante Obligatorio
Capacitación (Español)



PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE

Paso 1: Marque La Casilla Necesaria Para Indicar El Tipo De Voluntario

☐ **Voluntario Regular (Bajo Supervisión Directa): NO Requiere Huellas Digitales**

1. Padres que observan/visitan sus hijos en la escuela regularmente y se quedan más de 15 minutos cada vez.
2. Asistir o acompañar en excursiones patrocinadas por la escuela (excluye la noche de graduación de High School)

☐ **Voluntario de Preescolar; Requiere Inmunizaciones**

Antes de ser voluntario en un Preescolar, se requieren múltiples inmunizaciones: Tuberculosis(TB), Tos Ferina(TDAP) y Sarampión, Paperas, Rubéola(MMR). La influenza(gripe) es opcional.

Presente los documentos al Departamento de Educación Temprana o llame al 909.357.5000 ext. 29092

☐ **Voluntario de Actividad Escolar o Coaching (vea la lista en página 3); Requiere Huellas Digitales** Antes de ser voluntario en una actividad escolar o coaching, debe obtener un Certificado de Conmoción (CTC) y las huellas digitales (todos los gastos asociados deben ser pagados por el voluntario).

☐ **Otras Asignaciones Voluntarias que Requieren las Huellas Digitales**

1. Voluntariado durante 16 horas por semana en un Pre-Escolar estatal y el/la voluntario/a no está relacionado con un niño en el aula.
2. Tutoría/Asesoría fuera del aula o ambiente escolar supervisado
3. Transportar estudiantes en un vehículo particular
4. Observación de estudiantes como parte de un programa de preparación de maestro/a.
5. **Cualquier actividad de voluntariado donde hay una posibilidad de contacto sin supervisión con los niños**

STEP 2:

☐ **Certificado (SB848)**

[Parent Training Videos](#)

☐ **Megan's Law Check**

<http://www.meganslaw.ca.gov/>

☐ TB Resultados de prueba de los últimos 60 días

☐ **Photo ID (copia)**

☐ **Inmunizaciones**

Pre-Escolar Solamente

☐ **CTC (Concussion)**

Yo recomiendo la aprobación de este voluntario y reconozco que el tipo de voluntario indicado arriba es correcto, que se ha realizado un chequeo de La Ley Megan y el individuo no estará autorizado para ser voluntario hasta que yo haya sido notificado que el/ella ha obtenido todas las autorizaciones necesarias.

Firma del Administrador

Norma del Administrador (letra de molde)

Fecha

Paso 3: Presentar documentos (Formulario, Resultados de TB, Copia de I.D. e Inmunizaciones, si es necesario) a Recursos Humanos

Si las huellas digitales son requeridas, el voluntario será contactado por el Departamento de Recursos Humanos. Una vez que el/ella haya sido aprobado, el departamento/escuela será notificado de la fecha efectiva del voluntario/a

PARA RECURSOS HUMANOS UNICAMENTE

TB Test _____ CTC _____ Immunizations _____ FP _____ Board Appv Date _____

Eff. Date _____ to _____ Livescan Info Emailed _____

NOTES: _____

INFLUENZA VACCINATION DECLINATION FORM

☐

I DO NOT WANT A FLU SHOT.

I acknowledge that I am aware of the following facts:

- Influenza is a serious respiratory disease; on average, 36,000 Americans die every year from influenza-related causes.
- Influenza virus may be shed for up to 24 hours before symptoms begin, increasing the risk of transmission to others.
- Some people with influenza have no symptoms, increasing the risk of transmission to others.
- Influenza virus changes often, making annual vaccination necessary. In California, influenza usually begins circulating in early January and continues through February or March.
- I understand that the influenza vaccine cannot transmit influenza and it does not prevent all disease.
- I have declined to receive the influenza vaccine for the current flu season. I acknowledge that influenza vaccination is recommended by the Centers for Disease Control and Prevention in order to prevent infection from and transmission of influenza and its complications, including death, to children, my coworkers, my family, and my community.

Knowing these facts, I choose to decline vaccination at this time. I may change my mind and accept vaccination later, if vaccine is available. I have read and fully understand the information on this declination form.

I **decline vaccination** for the following reason(s). Please check all that apply.

- ☐ I believe I will get influenza if I get the vaccine.
- ☐ I do not like needles.
- ☐ My philosophical or religious beliefs prohibit vaccination.
- ☐ I have an allergy or medical contraindication to receiving the vaccine.
- ☐ I do not wish to say why I decline.
- ☐ Other reason: _____

Print Name _____ Job Title _____

Signature _____ Date _____

FORMULARIO DE RECHAZO DE LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA

☐ **NO DESEO UNA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA.**

Confirmando que estoy conciente de los siguientes hechos:

- La influenza es una enfermedad respiratoria grave; en general, 36,000 estadounidenses mueren cada año debido a causas relacionadas con la influenza.
- El virus de la influenza se puede diseminar hasta 24 horas antes de que los síntomas se desarrollen lo cual aumenta el riesgo de contagiar a los demás.
- Algunas personas con el virus de la influenza no presentan síntomas, lo cual aumenta el riesgo de contagiar a los demás.
- El virus de la influenza cambia constantemente, lo cual significa que la vacunación anual es algo necesario. En California la influenza, por lo general, empieza a circular a principios de enero y continúa hasta febrero o marzo.
- Entiendo que la vacuna contra la influenza no transmite la influenza y que no previene toda enfermedad.
- Me he rehusado a recibir la vacuna contra la influenza para la actual temporada de influenza. Reconozco que los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades recomiendan la vacuna contra la influenza a fin de prevenir la infección y transmisión de la influenza, al igual que las complicaciones que esto conlleva, las cuales incluyen la muerte a los niños, a mis compañeros de trabajo, a mi familia y a mi comunidad.

Conciente de estos hechos, elijo rechazar la vacunación en este momento. Puedo cambiar de opinión y aceptar la vacunación más tarde, si la vacuna está disponible. He leído y entiendo por completo la información presentada en este formulario de rechazo.

Rechazo la vacunación debido a las siguientes razones. Por favor marque todas las que correspondan.

- ☐ Creo que si me vacuno, contraeré la influenza.
- ☐ No me gustan las agujas.
- ☐ Mis creencias filosóficas o religiosas prohíben la vacunación.
- ☐ No puedo recibir la vacuna debido a una alergia o a contraindicaciones médicas.
- ☐ No deseo declarar por qué la rechazo.
- ☐ Otra razón: _____

Nombre(letra de molde) _____

Firma _____

Puesto de trabajo **Voluntario en una escuela del estado**

Fecha _____