



FORMA DE EVALUACION DE VOLUNTARIOS

Fecha: _____

Nombre: _____
Apellido Nombre Medio Nombre Otro (apodo, sobrenombre, nombre materno, etc.)

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Masculino Femenino

Domicilio: _____
Numero de Calle

Ciudad Estado Codico Postal

Telefono: _____

¿Niños/as atendiendo las Escuelas Publicas de la Area de Grand Haven? ___Si ___No

- Raza:
- Blanco
 - Africano Americano
 - Asiático o Asiático Pacifico
 - Indio Americano o Nativo Alaska
 - Hispano
 - No Sabe/ Otro _____

Nombre de Niño/a	Escuela Atendiendo	Relacion
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Si contesto NO a la pregunta de arriba, que es su afiliacion/reson por ser voluntario en est edificio? _____

Yo entiendo que es nesecario tener un proceso subordinado por la Policia del Estado de Michigan antes de ser voluntario de las Escuelas Publicas de la Area de Grand Haven. Yo entiendo que la informacion sometida se quedara confidencial. Yo doy permiso a las personas designadas del distrito de Grand Haven a someter la información a la Policía del Estado de Michigan ICHAT (Internet Criminal History Access Tool) para revisar.

Firma de Voluntario

~ FOR OFFICE ONLY ~

School Submitting Check: F G LH MAW PP ROB ROSY

LSMS WPMS GHHS CENTRAL HS ESC ATHLETICS

Date Check Completed: _____

Results of Check: N Y

If YES (record found), what is final disposition/comments: _____

Information Submitted by: _____
