

Distrito Escolar de Eugene 4J
Formulario de Interés para Voluntarios

Nombre: _____
Apellido **Nombre** **Segundo Nombre (es necesario el nombre completo)**

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____
Casa **Trabajo** **Mensajes/ Celular/ Buscapersonas**

Correo electrónico: _____

Escuelas para la colocación del voluntario: _____

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Nombre: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Relación con el estudiante: _____

Opciones para el Voluntariado (Por favor indique su área de interés)

Instrucción	Biblioteca	Proyectos Especiales
<input type="checkbox"/> Aula	<input type="checkbox"/> Administrativo/organización	<input type="checkbox"/> Artes y Manualidades
<input type="checkbox"/> Informática	<input type="checkbox"/> Narración	<input type="checkbox"/> Tablón de Anuncios
<input type="checkbox"/> Tutor de Lengua y Literatura	Cafetería	<input type="checkbox"/> Caligrafía
<input type="checkbox"/> Matemáticas	<input type="checkbox"/> Facilitador en el Comedor	<input type="checkbox"/> Vitrina
<input type="checkbox"/> Educación Física	<input type="checkbox"/> Servidor de Comidas	<input type="checkbox"/> Drama
<input type="checkbox"/> Tutor del Idioma Inglés	Oficina	<input type="checkbox"/> Música
<input type="checkbox"/> Tutor Bilingüe/ Intérprete	<input type="checkbox"/> Tareas en General	<input type="checkbox"/> Cuidado de Niños
_____ (idioma/s)	<input type="checkbox"/> Llamadas por teléfono	<input type="checkbox"/> Salidas de Campo
<input type="checkbox"/> Programa para Dotados (TAG)	Otros	<input type="checkbox"/> Recaudación de Fondos
<input type="checkbox"/> Educación Profesional	<input type="checkbox"/> Coordinador de Voluntarios	<input type="checkbox"/> Agradecimiento a los Maestros
<input type="checkbox"/> Necesidades Especiales (Ed.)	<input type="checkbox"/> Exámenes Médicos	
<input type="checkbox"/> Centro de Publicaciones	<input type="checkbox"/> Ayudante en la Enfermería	
<input type="checkbox"/> Programa de Lectura SMART	<input type="checkbox"/> Zona de juegos	
<input type="checkbox"/> Otro		
<input type="checkbox"/> Me interesaría dar charlas sobre estos temas: _____		

Información para Emergencias (ponga dos personas a las que debemos contactar en caso de emergencia):

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre de su Médico de Cabecera: _____ Teléfono: _____

¿Tiene un hospital de preferencia? Sí No Hospital: _____

¿Tiene alguna condición médica, o está tomando medicamentos de los que debemos tener conocimiento en caso de una emergencia? Sí No

Si respondió sí, por favor explique: _____