

Garland Independent School District  
**FORMULARIO DE SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE VOLUNTARIOS**  
 (FAVOR USAR LETRA DE MOLDE)

**DATOS PERSONALES**

Nombre: \_\_\_\_\_  

Apellido
Primer Nombre
Segundo Nombre

Dirección Postal \_\_\_\_\_  
 Domiciliar \_\_\_\_\_  

Calle
Ciudad
Código Postal

Teléfono de hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Nombre de su Hijo \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_ Nombre del Maestro \_\_\_\_\_

**REFERENCIAS**

Nombre	Cargo / Parentesco	Dirección	Teléfono

Experiencia en trabajar con niños \_\_\_\_\_

Años de Servicio Voluntario al GISD (incluyendo el año en curso) \_\_\_\_\_

**TIPO DE SERVICIO VOLUNTARIO QUE PREFIERE:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Escuchar a los alumnos leer      | <input type="checkbox"/> Ayudar con tableros/exposiciones      | <input type="checkbox"/> Ayudar en el patio de recreo                                    |
| <input type="checkbox"/> Leer en voz alta a los alumnos   | <input type="checkbox"/> Ayudar con actividades de arte        | <input type="checkbox"/> Servir como “madre de salón”                                    |
| <input type="checkbox"/> Tutor de matemáticas             | <input type="checkbox"/> Trabajo de oficina para hacer en casa | <input type="checkbox"/> Acompañante para el Día Deportivo*                              |
| <input type="checkbox"/> Tutor (asignatura) _____         | <input type="checkbox"/> Ayudante oficinista – oficina         | <input type="checkbox"/> “Madre de salón” asistente                                      |
| <input type="checkbox"/> Trabajo de grupos pequeños       | <input type="checkbox"/> Ayudante oficinista – maestro         | <input type="checkbox"/> Ayudante para el Día Deportivo*                                 |
| <input type="checkbox"/> Ayudar con la educación especial | <input type="checkbox"/> Ayudar en el comedor                  | <input type="checkbox"/> Pericia especial que puede servir en participación con el salón |
| <input type="checkbox"/> Habilidades de computación _____ | <input type="checkbox"/> Ayudante de biblioteca                | <input type="checkbox"/> Otro _____  |
| <input type="checkbox"/> Ayudante de clínica              | <input type="checkbox"/> Tutor                                 |  |

*\*Field Day*

**Gustos/Hobbies**

\_\_\_\_\_

**Favor de indicar los días y horas en que puede servir:**

Lunes      Martes      Miércoles      Jueves      Viernes      Sábado      Domingo

Mañana (AM) \_\_\_\_\_

Tarde (PM) \_\_\_\_\_

**PERSONA(S) A QUIEN(ES) CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA:**

Nombre _____	Dirección _____	Teléfono _____
Nombre _____	Dirección _____	Teléfono _____

En vista de mi trabajo de voluntario, acept cumplir con las políticas y reglas del Garland Independent School Distrit. He leído tanto las PAUTAS PARA VOLUNTARIOS (*Guidelines for Volunteers*) como el CÓDIGO PARA VOLUNTARIOS (*Code for Volunteers*) en mi manual, y acept acatar estos principios en mi trabajo de voluntario.

FIRMA DEL VOLUNTARIO \_\_\_\_\_
CAMPUS ESCOLAR \_\_\_\_\_
FECHA \_\_\_\_\_

**FAVOR DE DEVOLVER ESTE FORMULARIO A LA OFICINA ESCOLAR  
 ESTE FORMULARIO PERMANECE EN EL CAMPUS ESCOLAR**