



MILWAUKEE
PUBLIC SCHOOLS

Formulario de Acuerdo de Voluntariado

Yo, (nombre en letra de molde) _____

He recibido una copia del Manual del Voluntario, o tengo acceso al mismo. Sé lo siguiente.

Las políticas administrativas se aplican a mi como voluntario y sé que las políticas completas están disponibles en línea:

Política administrativa 6.03 sobre Acoso sexual	Política 6.07 sobre Reglas de conducta	Política administrativa 6.11 sobre Uso de productos de tabaco en propiedad de la Junta
Política administrativa 6.32 sobre Uso de gas pimienta	Política administrativa 6.35 sobre Protección de denuncias de irregularidades	Política administrativa 6.36 sobre Prohibición de confraternización con estudiantes
Política administrativa 8.23 sobre Armas en la escuela (y delitos)	Política administrativa 8.42 sobre Expedientes estudiantiles	Política administrativa 8.52 sobre Bullying

Estoy consciente de que debo obedecer todas las reglamentaciones establecidas en la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA, por sus siglas en inglés) y he leído, entiendo y acepto los términos establecidos en el Manual del Voluntario. He recibido la información de contacto de una persona que me puede ayudar con cualquier pregunta o duda que yo pueda tener.

PERMISO: En caso de sufrir alguna lesión que requiera de atención médica, por la presente autorizo al personal de MPS (incluidos voluntarios) a atender a mi hijo/hija o a mi mismo, lo que incluye buscar atención médica.

RENUNCIA: Reconozco que durante las actividades de voluntariado pueden surgir situaciones y problemas imprevistos que no estén razonablemente dentro del control del personal de MPS (incluidos los voluntarios). Por lo tanto, exonero de responsabilidad a la Junta Directiva Escolar de Milwaukee, sus agentes, funcionarios, empleados y voluntarios, de toda y cualquier responsabilidad, reclamo, litigio, demanda, juicio, costos, intereses y gastos (incluidos honorarios y costas legales) que surjan de tales actividades, incluido cualquier accidente o lesión que podamos sufrir mi hijo o yo, y los costos de servicios médicos.

DIVULGACIÓN DE FOTOGRAFÍAS: Entiendo que, en algunas circunstancias, los medios locales solicitan la oportunidad de grabar videos, tomar fotografías o entrevistar a los niños dentro de MPS. También autorizo a MPS a tomar o usar fotografías o videos de mi persona y/o de mi hijo menor sin compensación por los materiales publicados, transmitidos o electrónicos de MPS. Entiendo que al firmar esto, en mi propio nombre y en nombre de mi hijo, exonero a MPS y a sus directores, funcionarios, empleados y agentes de todo reclamo futuro, así como de cualquier responsabilidad que surja del uso de cualquier fotografía u otras imágenes. Este formulario tendrá validez durante el año escolar 2018-2019 de MPS.

Firma del participante _____ Fecha _____

Firma del padre o tutor (si el participante es menor de 18 años): _____ Fecha _____