



## DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE HEALDSBURG CERTIFICACION DE ADULTOS VOLUNTARIOS PARA MANEJAR

Para el uso de **Adultos** Voluntarios para Manejar:  Padres  Voluntario de la Comunidad  Empleado del Distrito

*Para ser presentado por lo menos una vez al año por cualquier individuo que vaya a transportar estudiantes ya sea en su propio vehículo o cuando maneja un vehículo del distrito. Todos los paseos empiezan y terminan en la escuela.*

El Distrito Escolar Unificado de Healdsburg reconoce la necesidad de ayuda de parte de los choferes voluntarios responsables para poder proveer transporte a varias actividades que se llevan a cabo dentro del sistema escolar y que de otra manera no existirían sin ayuda. Nosotros apreciamos su contribución sinceramente. Para poder proveer la mejor garantía a ambos, el chofer voluntario y el distrito escolar, la siguiente información es obtenida y se hacen acuerdos con el voluntario al firmar la parte inferior de la página:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ No. de Licencia de Conducir \_\_\_\_\_ Fecha de exp \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

### VEHÍCULO

Nombre del dueño: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Placas \_\_\_\_\_ Fecha de exp. \_\_\_\_

Numero de cinturones de seguridad (requerido) \_\_\_\_\_

El Distrito es responsable por determinar lo siguiente:

1. ¿Has sido condenado por manejar imprudentemente o bajo la influencia de drogas o alcohol dentro de los últimos cinco años?

Si  No Si respondió si, la política del distrito prohíbe que usted sirva como chofer.

**De acuerdo con AR 6153, los maestros y chaperones no consumirán alcohol, fumarán o usaran sustancias controladas mientras que acompañan a los estudiantes en un paseo.**

2. El Distrito requiere un mínimo de \$100,000/\$300,000 por lesiones corporales, \$100,000 por daños a la propiedad o \$500,000 de límite combinado/único de responsabilidad, cobertura de automovilistas sin seguro y cobertura de pago médico de no menos de \$10,000. **Por favor adjunte una copia de su declaración de seguro a este formulario y devuelva a la oficina de la escuela.**

Límites de la cobertura: \_\_\_\_\_

- Si fuese necesario, usted puede buscar un Certificado de Seguro por un día por la cantidad descrita con su proveedor de seguro.

Cobertura médica para pasajeros  Si  No Límites de la cobertura \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Póliza #: \_\_\_\_\_ Fecha de Exp. \_\_\_\_

Nombre del Agente de Seguros \_\_\_\_\_ Número de tel: \_\_\_\_\_

3. Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

4. Fecha del paseo: \_\_\_\_\_ Destino: \_\_\_\_\_

5. Número de pasajeros: \_\_\_\_\_ (no puede exceder al número de cinturones de seguridad disponibles).