



1550 Main Street • 3<sup>rd</sup> floor • Springfield, MA • 01103

Phone: 413-787-7100, ext. 55697

[www.springfieldschoolvolunteers.org](http://www.springfieldschoolvolunteers.org)

## STUDENT REGISTRATION FORM

### STUDENT INFORMATION

<input type="text"/>			Gender: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	DOB: <input type="text"/>
First Name	M.I.	Last Name	M F X	MM / DD / YYYY
<i>(X = Prefer not to disclose)</i>				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
School	Grade	Student ID #	Primary Language Spoken	

*Optional (On occasion funders ask for demographic information about participants.)*

African American
  Asian
  Hispanic/Latino
  Multiracial
  White
  Other:

### PROGRAM SELECTION

**Social-Emotional Support:** Volunteer serves as a caring guide; meets with student for at least 30 minutes/week.

**Academic Support:** Volunteer provides general or subject-specific assistance for at least 30 minutes/week. **(K – 5)**

Please select the subject(s) for which you are requesting academic support:

Reading/Literacy
  Math
  Science
  Social Studies

Other

Please provide additional information about specific student challenges to assist us with making an appropriate match.

### SCHEDULING / AUTHORIZATION

When is the best time for your student to meet with a volunteer?

1 <sup>st</sup> choice	Day: <input type="text"/>	Time: <input type="text"/>
2 <sup>nd</sup> choice	Day: <input type="text"/>	Time: <input type="text"/>
3 <sup>rd</sup> choice	Day: <input type="text"/>	Time: <input type="text"/>

Name of Person Submitting Form:

Title/Relationship to student:

Email Address:  Phone:

Signature

Date

Please return this form to the address above or via email to [volunteer@springfieldpublicschools.com](mailto:volunteer@springfieldpublicschools.com).



1550 Main Street • 3<sup>rd</sup> floor • Springfield, MA • 01103  
Phone: 413-787-7100, ext. 55697  
[www.springfieldschoolvolunteers.org](http://www.springfieldschoolvolunteers.org)

## PARENT / GUARDIAN CONSENT FORM

Dear Parent/Guardian:

Your son or daughter is being considered for participation in one or more of the programs of Springfield School Volunteers (SSV). SSV is dedicated to the safety of our students and volunteers. Due to the COVID-19 pandemic, all volunteer work with students will take place remotely, via an approved video conferencing platform. In order for your child to participate in remote programming, you must provide a valid email address.

Please note that on occasion, SSV is required to share information with funders about the progress of students receiving support through its programs. Additionally, individual volunteers working with students may ask for information about those students for the sole purpose of promoting academic success and providing targeted assistance and support.

You or your child may be asked to complete surveys to help us evaluate the benefits and effectiveness of our programs and services. Your child’s information will be kept confidential. Only a summary of results from multiple student surveys will be shared or used to help us strengthen our programs.

Occasionally, SSV photographs or videotapes students participating in its programs and uses those images for public relations or recruitment purposes.

.....

### **Springfield Public Schools Data Sharing Consent:**

By signing below, I, \_\_\_\_\_, the authorized parent/guardian of  
PARENT/GUARDIAN NAME (Print)

\_\_\_\_\_, authorize SSV to share written information regarding my child’s  
STUDENT NAME/ STUDENT ID (Print)

participation and performance in his/her assigned volunteer program. Further, I authorize Springfield Public Schools (SPS) to disclose to SSV information in my student’s record, including but not limited to my child’s enrollment, attendance, behavior and academic performance.

I understand that the purpose of allowing this information to be shared between SPS and SSV is to enable both SSV and SPS to improve the quality and alignment of services and education for my child. I also understand that the shared information will be stored in a secure, password-protected electronic database maintained by the Springfield Public Schools and only accessible to those with authorized access.

I understand that SSV will generally disclose only non-identifiable, student data that may include information about my child. I further understand that SSV may disclose data specific to my child only with the volunteer with whom my child is working.

In the event my child is no longer enrolled in the Springfield Public Schools or ceases participation in SSV’s programs or services, within a reasonable period of time both organizations will terminate all information sharing about my child. Both organizations will also terminate any information sharing about my child if I revoke this authorization in writing and delivered to Springfield Public Schools and SSV.





## FORMULARIO DE REGISTRO DE ESTUDIANTE

### INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Género: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Nombre	M.I.	Apellido	M F X	Fecha de Nacimiento
<i>(X - Prefiere no revelar)</i>				

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escuela	Grado	ID de Estudiante	Idioma primario hablado

*Opcional (en ocasiones, los financiadores piden información demográfica sobre los participantes.)*

Afroamericano  Asiático  Hispano/Latino  Multirracial  Blanco  Otro:

### SELECCIÓN DE PROGRAMAS

- Apoyo Social-Emocional:** Un voluntario sirve como guía atento; se reúne con un estudiante durante al menos 30 minutos/semanal.
- Apoyo Académico:** Un voluntario proporciona asistencia general o asignatura-específica durante al menos 30 minutos/semanal. (K – 5)

Seleccione la asignatura(s) para la que está solicitando apoyo académico:

Lectura  Matematica  Ciencia  Ciencias Sociales

Otro

Proporcione información adicional sobre los desafíos específicos de los estudiantes para ayudarnos a hacer una coincidencia apropiada.

### PROGRAMACIÓN / AUTORIZACIÓN

¿Cuándo es el mejor momento para que su estudiante se reúna con un voluntario?

<i>Elección 1</i>	Día: <input type="text"/>	Horas: <input type="text"/>
<i>Elección 2</i>	Día: <input type="text"/>	Horas: <input type="text"/>
<i>Elección 3</i>	Día: <input type="text"/>	Horas: <input type="text"/>

Nombre de la persona que presenta este formulario de registro:

Título/Relación con el estudiante:

Correo Electrónico:  Teléfono:

Firma:

Fecha:



1550 Main Street • 3<sup>rd</sup> floor • Springfield, MA • 01103  
Phone: 413-787-7100, ext. 55697  
[www.springfieldschoolvolunteers.org](http://www.springfieldschoolvolunteers.org)

## CONSENTIMIENTO DEL PADRE/GUARDIAN

Queridos Padres/Guardian:

Su hijo o hija ha sido seleccionada participar en uno o más de los programas de Springfield School Volunteers (SSV) donde puede incluir programas nuevas or avansadas que pueden incluir programas nuevos o mejorados que se ofrecerán a través de plataformas electrónicas y aprobadas.

Por favor note que, en ocasiones, es necesario (y se requiere) que SSV compartir información con financiadores acerca del progreso de los estudiantes que reciben apoyo a través de sus programas. Además, los voluntarios que trabajan con los estudiantes a veces solicitan información sobre los estudiantes con el único propósito de promover el éxito académico y prestación de apoyo y asistencia.

A veces usted o el estudiante puede pedir completar encuestas que nos ayuden a evaluar los beneficios y efectividad de nuestros programas y servicios. Información de su hijo o hija se mantendrá confidencial. Sólo un resumen de los resultados de múltiples estudios de estudiante será compartido o usado que nos ayude a fortalecer el programa.

En ocasiones, SSV fotografías o videocintas de los estudiantes que participan en sus programas y utiliza esas imágenes con fines de reclutamiento o relaciones públicas.

.....

### **Consentimiento de intercambio de datos de las escuelas de Springfield públicas:**

Al firmar abajo yo, \_\_\_\_\_, el padre autorizado de  
Nombre del PADRE/Guardian (impresión)

\_\_\_\_\_, autoriza SSV compartir información por escrito sobre  
(Nombre del estudiante/número de estudiante ID (impresión))

la participación y desempeño en su programa de voluntariado asignado mi hijo o hija con las escuelas públicas de Springfield. Además, autorizo a las escuelas públicas de Springfield a revelar la información en mi expediente académico, incluyendo, pero no limitado a mi hijo la inscripción, asistencia, comportamiento y rendimiento académico con Springfield School Volunteers.

Entiendo que el propósito de permitir que esta información sea compartida entre las escuelas públicas de Springfield y Springfield School Volunteers para permitir y mejorar la calidad y el alineamiento de servicios y educación para el estudiante. También entiendo que la información compartida será almacenada en una base electrónica segura, protegida por contraseña mantenida por las escuelas públicas de Springfield y sólo accesible a aquellos que tienen acceso autorizado.

Entiendo que Springfield School Volunteers generalmente revelará datos alumno agregado solamente no identificable que pueden incluir información con respecto a mi hijo o hija. Sin embargo, entiendo que Springfield School Volunteers puede revelar datos específicos a mi hijo o hija sólo con el voluntario con el que trabaja mi hijo o hija.

En caso de que mi hijo o hija ya no está inscrito en las escuelas públicas de Springfield o deja de participar en programas o servicios de SSV, en un plazo razonable de tiempo ambas organizaciones terminarán toda la información de distribución acerca de mi hijo o hija. Ambas organizaciones también terminarán cualquier información que compartir sobre mi hijo o hija si revoco esta autorización por escrito y entregado a las escuelas públicas de Springfield y Springfield School Volunteers.

**Favor de poner sus iniciales y firma luego abajo para indicar su permiso:**

\_\_\_\_\_ Yo doy permiso para mi hijo o hija participar en el programa de SSV.

\_\_\_\_\_ Yo doy permiso para mi hijo o hija participar en el programa de SSV virtualmente.

\_\_\_\_\_ SSV o voluntario de mi hijo o hija tenga acceso a la información académica de mi hijo o hija.

\_\_\_\_\_ Mi hijo o hija puede completar instrumentos de evaluación del programa a petición de SSV.

\_\_\_\_\_ Mi hijo o hija puede ser fotografiado/grabó en vídeo y las imágenes pueden ser usadas por SSV para relaciones de público o con fines de reclutamiento.

\_\_\_\_\_ Nombre de mi hijo o hija puede ser incluido en la impresión con su imagen.

\_\_\_\_\_ Yo entiendo y estoy de acuerdo con la información incluida en los datos de las escuelas públicas de Springfield Intercambio de consentimiento sección anterior.

**\*\* La siguiente declaración se aplica a estudiantes varones solamente. \*\***

\_\_\_\_\_ En el caso de que un hombre voluntario no está disponible, mi hijo puede ser emparejado con una mujer adulta.

-----

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE PADRE/GUARDIAN (IMPRESIÓN)

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DE ENVIO

\_\_\_\_\_  
CIUDAD

\_\_\_\_\_  
ESTADO

\_\_\_\_\_  
CÓDIGO POSTAL

\_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRÓNICO

\_\_\_\_\_  
NUMERO DE CONTACTO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE PADRE/GUARDIAN (IMPRESIÓN)

\_\_\_\_\_  
FECHA