

Howell Mountain Elementary School District

Volunteer Driver Form



Please fill out this entire form and submit supporting documentation to the office – This form is good for ONE year only

Name: _____

School Year:

_____ through _____

Insurance Carrier Name: _____

Policy Number: _____

Valid Driver's License:

Yes No

State (If not California): _____

Attach Legible Copy Please

The District **REQUIRES** a minimum coverage of:

\$100,000/\$300,000 bodily injury coverage

\$50,000 property damage coverage

Vehicle Information (Optional):

Type: _____

Number of Seats w/Seatbelts: _____

You may only drive a maximum of 9 Students per vehicle

Please list your current limits and attach a legible copy of your insurance policy showing these limits.

\$ _____ Bodily Injury Limits

\$ _____ Property Damage Limits

Certification:

Please answer the following questions:

Yes	No	Have you been convicted of reckless driving or driving under the influence of drugs or alcohol within the past five years?
Yes	No	Do you have a good amount of tread on your tires?
Yes	No	Are all of your mechanical systems working normally?
Yes	No	Are all of your lights and turn signals working?

I hereby certify that all of the above information is true and correct to the best of my knowledge.

Signature of Driver _____

Date _____

OFFICE USE ONLY

Recorded in Volunteer Database? Yes No

TB Test On File: Yes No

Driver for Classes: _____

Fingerprints on File: Yes No

THIS IS A CONFIDENTIAL DOCUMENT



HMS Distrito Escolar Primario de Howell Mountain

Formulario de Conductor Voluntario

Complete este formulario completo y envíe la documentación de respaldo a la oficina. Este formulario es válido solo por UN año.

Nombre:	
Año escolar: _____a través de _____	Nombre de la compañía de seguros: Número de póliza: El Distrito REQUIERE una cobertura mínima de: Cobertura de lesiones corporales de \$100,000/ \$300,000 Cobertura de \$50,000 por daños a la propiedad
Licencia de conducir válida: Sí No Estado (si no es California): _____ Adjunte copia legible por favor	Enumere sus límites actuales y adjunte una copia legible de su póliza de seguro que muestre estos límites. \$ _____ Límites de lesiones corporales \$ _____ Límites de daños a la propiedad
Información del vehículo (opcional): Tipo: _____ Número de asientos con cinturones de seguridad: _____ Solo puede conducir un máximo de 9 estudiantes por vehículo	
Certificación: Responda a las siguientes preguntas: Sí No ¿ Ha sido condenado por conducir sin combustible o bajo la influencia < drogas o alcohol en los últimos cinco años? Sí No ¿ Tiene una buena cantidad de banda de rodadura en sus neumáticos? Sí No ¿ Funcionan normalmente todos sus sistemas mecánicos? Sí No ¿ Funcionan todas las luces y los intermitentes? Por la presente certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. _____ Firma del conductor _____ Fecha	

SOLO PARA USO EN LA OFICINA

¿Registrado en la base de datos de voluntarios?
Sí No
Prueba de tuberculosis en archivo: Sí No

Conductor para las clases:
Huellas dactilares en el archivo: Sí No