NEW STUDENT ENROLLMENT CHECKLIST
For CCSD59 District / School Office Use only
Registered by:_____ Date: _____

Forms due when packet is turned in - Verify all forms are completed, signed, and dated:

Form #	Form Name	ELC	K	1 - 5	JH
SR-13 **OR** SR-5	Verification of Student Residence and Copies of 3 Proofs				
SR-39	New Student Registration/Emergency Contact				
SR-11	Permanent Birth Record and Birth Certificate				
SR-12	Home Language Survey*** (completed only once)				
SR-36	Data Collection Form				
H-29	Status of Physical/Immunization Records				
H-103	Annual Student Health Form				
H-115A	Parent Consent for Athletics/Proof of Medical Insurance				
T-42	Transportation Request Form				
SR-37	Student Photo Permission Form				
SR-38A/B	Annual Authorization for Internet Access				
SR-42	New Form: Discipline Policy Agreement Form				
SR-9	Request for Student Records				
EC-6	Household Income Eligibility App for ECE Program				
None	Young Athletes Permission Form				
None	Fees Form - No Fees for 17-18 SY				
ILC-1	Google Apps for Education Permission Form	Will not be included in 17-18 spring packets			
ILC-2	Student Device Responsible Use Form				

Forms due later:

Form #	Form Name	ELC	K	1 - 5	JH
H-11	IL Dept of Health Dental Exam Form				
H-67	State of IL Eye Exam Report				
IL-444-4737	State of IL Cert of Child Health Exam				
ILC-3	Student Device Protection Plan (optional)	Will not be included in 17-18 spring packets			

***Home Language (SR-12 form): If another language besides English is spoken, enter student on state database check. If required, enter date and time of testing appt: _____

(See reverse side to complete checklist)

Other Additional Considerations:

Did child attend ELC? ____Yes ____No

Does child have an IEP or Special Needs? ____Yes ____No
If yes, date requested and name of organization: _____

Does parent qualify for Free/Reduced Meals? ____Yes ____No

Is parent interested in Dual Language Program? ____Yes ____No

Is parent interested in Ridge (Choice)? ____Yes ____No

Additional Notes or Follow-Up Needed:

CCSD59

COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59

2123 S. Arlington Heights Road * Arlington Heights, IL 60005 #847-593-4300 (Phone), #847-593-4352 (Fax)

PARENT/GUARDIAN VERIFICATION OF STUDENT RESIDENCE

All students attending District 59 schools must be legal residents of the District.

Generally, Illinois law provides that the residence of a student is the same as the person who has legal custody of the student.

STUDENTS ENTERING 3rd & 6th GRADE MUST PROVE RESIDENCY AT THE SCHOOL BETWEEN AUGUST 1 - AUGUST 10

STUDENTS WILL NOT BE ALLOWED TO BEGIN SCHOOL UNTIL RESIDENCY IS PROVEN

NOTICE: Registration of a student who is not a legal resident is a fraudulent act. Illinois law has made it a crime, punishable by imprisonment and fine, to knowingly or willfully present any false information regarding the residency of a student for purposes of enabling that student to attend on a tuition-free basis or to knowingly enroll or attempt to enroll a student on a tuition-free basis when the student is known to be a non-resident of the District. Board of Education policy authorizes the investigation of residency before or after enrollment in accordance with Illinois law and may require additional information to be considered in determining residency. Parents/guardians who fraudulently register a student will be charged tuition for the period the student had been in attendance. The District will seek prosecution to the full extent of the law of any person who the District believes has committed any residency-related crime. Additionally, a civil lawsuit may be initiated by the District.

Student Name:		School Name:	

A total of three (3) original documents from the categories below are required to prove residency (If Unable to Provide Use Form SR-5).

Category A: One (1) Document Required	Category B: Two (2) Documents Required		Military Personnel must provide one of the following within 60 days after the date of student's initial enrollment:
❒ Most recent Real Estate Tax Bill	❒ Driver's License or State ID	❒ Current Homeowners/Renters Insurance Policy and Premium Payment Receipt	❒ Postmarked Mail Addressed to Military Personnel
❒ Mortgage Papers	❒ Vehicle Registration	❒ Most Recent Gas, Electric and/or Water Bill	❒ Lease Agreement for Occupancy
❒ Signed and Dated Lease or Letter from Manager or Proof of Last Month's Payment	❒ Voter Registration	❒ Mail Received at District Residence	❒ Proof of Ownership of Residence
	❒ Most Recent Cable or Credit Card Bill	❒ Receipt for Moving Company Services Showing Current Address	
	❒ Current Public Aid Card	❒ Other _____	

IMPORTANT:
District 59 reserves the right to evaluate the evidence present and merely presenting the items listed below does not guarantee admission.

Category C: None of the Documents in Categories A & B are Applicable Because:	
	❒ 1. The student is homeless and eligible for enrollment under the Illinois Education for Homeless Children Act
	❒ 2. The student is enrolling based on the determination of the Department of Children & Family Services (*Attach DCFS Documentation*)

I affirm that I am a resident of Community Consolidated School District 59 and that the information presented in this form is true, complete and accurate.

Printed Name of Parent / Guardian	Signature of Parent / Guardian	Date

Residency Materials Received By:		❒ All Materials Supplied	
❒ Referred for Further Review to:		❒ Principal	❒ Homeless Liaison

CCSD59

COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59

2123 S. Arlington Heights Road * Arlington Heights, IL 60005 #847-593-4300 (Phone), #847-593-4352 (Fax)

WERYFIKACJA MIEJSCA ZAMIESZKANIA UCZNIA PRZEZ RODZICA/OPIEKUNA

Wszyscy uczniowie uczęszczający do szkół w Dystrykcie 59 muszą być legalnymi mieszkańcami tego Dystryktu.

Najogólniej, prawo stanu Illinois wymaga, by miejsce zamieszkania ucznia było takie samo, jak osoby, która ma przyznane prawo do opieki nad uczniem.

UCZNIOWIE ZAPISUJĄCY SIĘ DO 3-EJ I 6-EJ KLASY MUSZĄ MIĘDZY 1 SIERPNIA A 10 SIERPNIA DOSTARCZYĆ DO SZKOŁY DOKUMENT POŚWIADCZAJĄCY MIEJSCE ZAMIESZKANIA

UCZNIOWIE NIE OTRZYMUJĄ ZEZWOLENIA NA ROZPOCZĘCIE SZKOŁY, JEŚLI MIEJSCE ZAMIESZKANIA NIE BĘDZIE UDOKUMENTOWANE

UWAGA: Rejestracja ucznia, który nie jest legalnym rezydentem jest działaniem przestępczym. Świadome podawanie fałszywych informacji dotyczących miejsca zamieszkania ucznia, co umożliwiałoby uczniowi uczęszczanie do szkoły bez jej opłacania, lub próba zarejestrowania ucznia do szkoły bez jej opłacania w sytuacji, gdy się wie, że uczeń nie jest rezydentem Dystryktu, prawo stanu Illinois uznaje za przestępstwo, za które grozi więzienie lub kara grzywny. Regulamin Rady Edukacji zezwala na dochodzenie legalności zamieszkania przed lub po rejestracji ucznia, zgodnie z prawem Illinois i może żądać dodatkowych informacji, które pozwolą na ustalenie faktycznego miejsca zamieszkania. Rodzice/opiekunowie, którzy nielegalnie zarejestrowali ucznia będą musieli zapłacić za okres, w którym uczeń uczęszczał do szkoły. Dystrykt wystąpi o ściganie z całą surowością prawa każdego, kogo Dystrykt będzie podejrzewał o popełnienie jakiegokolwiek wykroczenia związanego z fałszywym podaniem miejsca zamieszkania. Dodatkowo, może być zainicjowane przez Dystrykt postępowanie cywilne.

Nazwisko ucznia:		Nazwa szkoły:	

Dla potwierdzenia zamieszkania potrzebne są co najmniej trzy (3) oryginalne dokumenty z wymienionych poniżej kategorii.(Jeśli dostarczenie ich jest niemożliwe, użyj formularza (-y) SR-5)

Kategoria A: Wymagany jest jeden (1) dokument	Kategoria B: Wymagane są dwa (2) dokumenty		Wojskowi muszą dostarczyć jeden z następujących dokumentów w ciągu 60 dni po dacie zarejestrowania ucznia:
❒ Najnowszy rachunek za podatek od nieruchomości	❒ Prawo jazdy lub stanowe ID	❒ Ważna Polisa Ubezpieczeniowa za dom lub apartament lub rachunek opłacenia raty	❒ Opieczętowana poczta/listy zaadresowane do wojskowego
❒ papiery hipoteczne	❒ Dowód rejestracyjny pojazdu	❒ Najnowszy rachunek za gaz, elektryczność i/lub rachunek za wodę	❒ Dokumentacja dotycząca wynajmu
❒ Podpisana i datowana umowa wynajmu lub list od menadżera lub dokument zapłaty za ostatni miesiąc wynajmu	❒ Rejestracja wyborcza	❒ Listy otrzymane na adres rezydencji w Dystrykcie	❒ Dokument potwierdzający własność domu
WAŻNE: Dystrykt 59 zastrzega sobie prawo do oceny dostarczonej dokumentacji, a dokumenty wymienione poniżej nie gwarantują przyjęcia.	❒ Najnowszy rachunek za TV lub rachunek za kartę kredytową	❒ Rachunek z firmy przeprowadzkowej wskazujący aktualny adres	
	❒ Aktualna Public Aid Card	❒ Inne _____	

Kategoria C: Żaden z dokumentów z kategorii A & B nie zostaje przedłożony, ponieważ:	
	❒ 1. Uczeń jest bezdomny i uprawniony do zapisania się do szkoły na podstawie Illinois Education for Homeless Children Act
	❒ 2. Uczeń rejestruje się na podstawie ustalenia Department of Children & Family Services (Załącz dokumentację DCFS).

Potwierdzam, że jestem rezydentem Community Consolidated School District 59 (Dystryktu Szkolnego 59) i że informacje zawarte w tej aplikacji są prawdziwe, kompletne i poprawne.

Drukowanymi literami nazwisko rodzica/opiekuna:	Podpis rodzica/opiekuna	Data

Residency Materials Received By:		❒ All Materials Supplied	
❒ Referred for Further Review to:		❒ Principal	❒ Homeless Liaison

SR-13 (REV. 11/16) Distribution: Student's Temporary File

NEW STUDENT REGISTRATION and EMERGENCY CONTACT FORM - CCSD59

Directions: Print & Complete Both Sides. Shaded Section at Top is for Office Use Only.

Student Other ID:	Student State ID:	School:	Grade:

Student Last Name:	Student First Name:	Student Middle Name:	Birth Date: __ __ / __ __ / __ __
			Gender: ☐ Male ☐ Female
Street Address:		Apt. / Lot / Unit #:	
City & Zip Code:		Complex / Mobile Home Park Name:	
Primary Phone Number:		Has Your Student Been Enrolled in District 59 Before? :	☐ Yes ☐ No

Date Your Student Entered a U.S. School:	Name of Last School Attended & State:	Is Your Child Receiving Any Special Services?	If Yes, Which D59 School/s and What Year/s?
(Month / Year) __ __ / __ __ __ __		☐ Bilingual ☐ ESL ☐ Special Education ☐ Other:	

Country of Birth:		9 Digit Medicaid Number:	(Voluntary & Optional) Military Service Information: ☐ I am a member of the United States Armed Forces
State of Birth:			☐ I am on active duty / expected to be deployed to active duty during the school year
City of Birth:			

Custodial Parent / Guardian Information

Title:	First Name:	Last Name:	Work Phone & Extension:	Cell Phone:

Relationship to Student:	☐ Father ☐ Mother ☐ Step-Father ☐ Step-Mother ☐ Guardian	Email Address:	
Language Preference:	☐ English ☐ Spanish ☐ Polish ☐ Gujarati ☐ Other: _____	Custody: ☐ Yes ☐ No	Lives With: ☐ Yes ☐ No

Title:	First Name:	Last Name:	Work Phone & Extension:	Cell Phone:

Relationship to Student:	☐ Father ☐ Mother ☐ Step-Father ☐ Step-Mother ☐ Guardian	Email Address:	
Language Preference:	☐ English ☐ Spanish ☐ Polish ☐ Gujarati ☐ Other: _____	Custody: ☐ Yes ☐ No	Lives With: ☐ Yes ☐ No

Office Use Only

Title:	First Name:	Last Name:	Work Phone & Extension:	Cell Phone:

Relationship to Student:	☐ Father ☐ Mother ☐ Step-Father ☐ Step-Mother ☐ Guardian	Email Address:	
Language Preference:	☐ English ☐ Spanish ☐ Polish ☐ Gujarati ☐ Other: _____	Custody: ☐ Yes ☐ No	Lives With: ☐ Yes ☐ No

Local Persons to Call in an EMERGENCY if Parents/Guardians Cannot Be Reached - List at least Two (2) People				
	First and Last Names:	Relationship:	Language Spoken:	Phone Number:
1				
2				
3				
4				

List ALL other Student's Siblings (Brother/s or Sister/s) in immediate family enrolled in District 59					
	First Name:	Last Name:	Name of School Attending:	Grade:	Age:
1					
2					
3					
4					
5					

Parent/Guardian Name (Please Print):	Parent/Guardian Signature:

NOWY FORMULARZ REJESTRACJI i KONTAKTU W RAZIE SYTUACJI AWARYJNEJ – CCSD59

Instrukcje: Drukuj i skompletuj obydwie strony. Zaznaczone na górze sekcje przeznaczone są tylko do użytku wewnętrznego.

Student Other ID:	Student State ID:	School:	Grade:

Nazwisko ucznia:	Imię ucznia:	Drugie imię ucznia	Data urodzenia	__ __ / __ __ / __ __
			Płeć(Gender)	☐ Mężczyzn ☐ Kobieta
Nazwa ulicy:		Apartament / Działka / Numer mieszkania		
Miejscowość i kod adresowy		kompleks nazwę:		
Główny numer telefonu		Czy uczeń chodził do szkoły należącej do Dystryktu 59 już wcześniej?:		☐Tak ☐Nie

Data rozpoczęcia nauki w US przez ucznia::	Nazwa stanu i szkoły, do której uczeń chodził poprzednio	Czy twoje dziecko korzysta ze specjalnego typu usług	Jeśli tak, w której szkole (-ach) w Dystrykcie 59 i w którym roku (latach)?
(Miesiąc / Rok) __ __ / __ __ __ __		☐Dwujęzyczna ☐ ESL ☐ Edukacja specjalna: ☐ Inne	

Kraj urodzenia:	9-cyfrowy numer Medicaid:	(Dobrowolne & Niewymagane)Informacja o służbie wojskowej:	☐ Jestem członkiem United States Armed Forces
Stan (województwo) urodzenia:			☐ Jestem żołnierzem w służbie czynnej / oczekującym na powołanie do służby czynnej w czasie trwania roku szkolnego
Miejsce urodzenia:			

Informacja dotycząca prawnego opiekuna dziecka – rodzica / opiekuna

Godność:	Imię	Nazwisko	Telefon do pracy i telefon wewnętrzny	Telefon komórkowy

Stopień pokrewieństwa z uczniem:	☐Ojciec ☐Matka ☐ Ojczym ☐ Macocha ☐ Opiekun	Adres mailowy	
Preferencje językowe:	☐Angielski ☐Hiszpański ☐ Poliski ☐ Gudżarati ☐ Inne:_____	Opieka z urzędu: ☐Tak ☐ Nie	Mieszka z: ☐ Tak ☐ Nie

Title:	First Name:	Last Name:	Telefon do pracy i telefon wewnętrzny	Telefon komórkowy

Stopień pokrewieństwa z uczniem:	☐ Ojciec ☐ Matka ☐ Ojczym ☐ Macocha ☐ Opiekun	Adres mailowy	
Preferencje językowe:	☐ Angielski ☐Hiszpański ☐ Poliski ☐ Gudżarati ☐ Inne:_____	Opieka z urzędu: ☐Tak ☐ Nie	Mieszka z: ☐Tak ☐Nie

Do użytku wewnętrznego

Title:	First Name:	Last Name:	Work Phone & Extension:	Cell Phone:

Relationship to Student:	☐ Father ☐ Mother ☐ Step-Father ☐ Step-Mother ☐ Guardian	Email Address:	
Language Preference:	☐ English ☐ Spanish ☐ Polish ☐ Gujarati ☐ Other: _____	Custody: ☐ Yes ☐ No	Lives With: ☐ Yes ☐ No

Osoba miejscowa, którą należy powiadomić w sytuacji AWARYJNEJ, jeśli kontakt z rodzicami/opiekunami jest niemożliwy - Wymień co najmniej dwie (2) osoby				
	Imiona i nazwiska:	Pokrewieństwo:	Używany język:	Numer telefonu:
1				
2				
3				
4				

Wymień CAŁE pozostałe rodzeństwo ucznia (brata/-ci lub siostrę/-y z najbliższej rodziny, którzy uczęszczają do szkoły należącej do Dystryktu 59					
	Imię:	Nazwisko:	Nazwa szkoły, do której uczęszczają:	Klasa::	Wiek::
1					
2					
3					
4					
5					

Nazwisko rodzica/opiekuna (proszę napisać drukowanymi literami):	Podpis rodzica/opiekuna:

COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59
2123 S. Arlington Heights Rd. | Arlington Heights, IL 60005
Phone: 847-593-4300 | Fax: 847-593-4352

PERMANENT BIRTH RECORD

Dear Parent/Guardian:

In accordance with Illinois law (*325 ILCS 50/5, Missing Children's Record Act)* students enrolling in the district for the first time, must provide within 30 days either:

a) a certified copy of the student's birth certificate, ***or***
b) other reliable proof of the student's identity and age (i.e. passport or visa) ***and*** an affidavit explaining the inability to produce a copy of the birth certificate.

Upon the failure of the person enrolling the student to provide the required evidence, the District will notify the local law enforcement agency of such failure, and notify the person enrolling the student in writing that he/she has 10 additional days to comply, or the case will be referred to the local law enforcement agency for investigation. Any affidavit presented which appears to be inaccurate or suspicious in form or content will immediately be reported to the local law enforcement agency.

_____
Student's Last Name First Middle Date of Birth

Place of Birth (City, State, Country)_____

Proof of Birth and Age (mark one and attach copy of document to this form):

❒ Birth Certificate State_____
Number_____

❒ Passport Country_____
Number_____

❒ Visa Country_____
Number_____

❒ Other_____

I am unable to provide a certified copy of a birth certificate for the above named student because:

_____

_____

_____ _____ _____
Name of Parent/Guardian (PRINTED) Signature of Parent/Guardian Date

---

(for office use only)

Documentation Requirement: ❒ Met ❒ Not Met

Verified by:_____ School _____ Date_____

COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59
2123 S. Arlington Heights Rd. | Arlington Heights, IL 60005
Phone: 847-593-4300 | Fax: 847-593-4352

CCSD59

ORGINALNY AKT URODZENIA (PERMANENT BIRTH RECORD)

Drogi Rodzicu/Opiekunie:

Według obowiązującego w stanie Illinois prawa uczniowie zapisujący się do szkoły w Dystrykcie 59 po raz pierwszy muszą dostarczyć w ciągu 30 dni jedną z tych dokumentów:

a) certifiedoficjalną kopię aktu urodzenia ucznia, ***lub***
b) inny wiarygodny dokument potwierdzający tożsamość i wiek ucznia (na przykład paszport lub wizę) ***oraz*** oświadczenie wyjaśniające niemożność dostarczenia odpisu kopii aktu urodzenia.

Jeśli osoba zapisująca ucznia do szkoły nie dostarczy wymaganych dokumentów, Dystrykt poinformuje miejscowe władze egzekwujące prawo o danej sytuacji, i poinformuje pisemnie osobę wpisującą ucznia, że on/ona ma 10 dodatkowych dni do skompletowania dokumentacji lub przypadek będzie przekazany miejscowym władzom egzekwującym prawo do przeprowadzenia dochodzenia. Jakikolwiek przedstawiony dokument, który wydaje się być niekompletny lub podejrzany ze względu na formę i informacje w nim zawarte będzie natychmiast przekazany do miejscowych władz egzekwujących prawo.

_____

Nazwisko ucznia Imię Drugie imię Data ur.

Miejsce urodzenia (miejscowość, stan, kraj)

_____

Potwierdzenie urodzenia i wieku (zaznacz jeden dokument, załącz kopię tego dokumentu do formularza):

❒ Akt urodzenia Stan_____
Numer_____

❒ Paszport Kraj_____
Numer_____

❒ Wisa Kraj_____
Numer_____

❒ Inne_____

Nie mogę dostarczyć oficjalnej kopii aktu urodzenia dla powyżej wymienionego ucznia, ponieważ:

_____

_____

_____ _____ _____

Nazwisko rodzica /opiekuna (DRUKOWANYMI) Podpis rodzica/opiekuna Data

---

(tylko do użytku wewnętrznego)

Wymagana documentacja: ❒ Dostarczona ❒ Nie dostarczona

Potwierdzone przez:_____ Szkoła _____ Data_____

SR-11 (Rev. 1/2016) Distribution: Student's Temporary File

COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59
2123 S. Arlington Heights Rd. | Arlington Heights, IL 60005
Phone: 847-593-4300 | Fax: 847-593-4352

HOME LANGUAGE SURVEY

All students new to the district must have this survey completed and signed by a parent/guardian in accordance with state regulations (*23 Illinois Administrative Code Part 228).* This information is used to count the students whose families speak a language other than English at home. It also helps to identify the students who need to be assessed for English language proficiency.

_____ _____ ❒ Male ❒ Female
Student's Last Name First Middle Date of Birth

School_____ SIS ID # _____

1. Is a language other than English spoken in your home?
   a. Yes ____ What language?_____
   b. No ____

2. Does your child speak a language other than English?
   a. Yes ____ What language? _____
   b. No ____

If the answer to either question is yes, the law requires the school to assess your child's English language proficiency.

Parent/Guardian (Print)_____Relationship to Student_____ Date_____

Parent/Guardian Signature_____Staff Member who Registered Child_____

(For Office Use Only)

Language_____ Language Code #_____ Grade Assignment_____

Request for Language Assessment from ELL Personnel: ❒ Yes ❒ No Date_____

COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59
2123 S. Arlington Heights Road * Arlington Heights, IL 60005
PHONE: 847-593-4300 * FAX: 847-593-4352

ANKIETA DOTYCZĄCA JĘZYKA OJCZYSTEGO

Przepisy Stanu Illinois wymagają wypełnienie i złożenia podpisu na kwestionariuszu dotyczącym każdego nowego ucznia w okręgu szkolnym. (*23 Illinois Administrative Code Part 228).Informacje te dotyczą uczniów, którzy w domu rodzinnym posługują się innym językiem niż angielskim.* Jednocześnie ankieta ta pomaga nam zidentyfikować tych uczniów, którzy powinni być testowani w celu sprawdzenia ich umiejętności w nauce języka angielskiego.

_____ _____ ❒ Chłopak ❒Dziewczynka
Nazwisko ucznia Imię Drugie imię Data urodzenia

Szkoła_____ SIS ID # _____

1. Czy ktoś w domu posługuje się innym językiem niż angielskim?
   a. Tak ____ W jakim języku?_____
   b. Nie ____

2. Czy Państwa dziecko mówi w języku innym niż angielskim?
   a. Tak ____ Jaki to język? _____
   b. Nie ____

Jeśli odpowiedź jest pozytywna do jednego z powyżej podanych pytań, prawo wymaga przeprowadzenia testu z zakresu znajomości i umiejętności posługiwania się językiem angielskim.

Rodzice/ Opiekunowie (Drukuj)_____Pokrewieństwo_____ Data_____

Podpis Rodziców lub Opiekunów_____Osoba rejestrująca ucznia_____

(For Office Use Only)

Language_____ Language Code #_____ Grade Assignment_____

Request for Language Assessment from ELL Personnel: ❒ Yes ❒ No Date_____

CCSD59

Community Consolidated School District 59
U.S. Department of Education Race and Ethnicity Data Standards

DATA COLLECTION FORM

Student's Name: _____ **School** _____

IMPORTANT INFORMATION: The U.S. Department of Education requires this form to be completed upon a student's enrollment into a school district. The data is used in reporting and analyzing State-required test results by race and ethnicity. The information will not be used to check immigration status, and the confidentiality of the individual student information will be protected.

INSTRUCTIONS: This form is to be filled out by the student's parents or guardians, and both questions must be answered. Part A asks about the student's ethnicity (refers to culture and language) and Part B asks about the student's race (refers to geographic or national origin). PLEASE NOTE: If you decline to respond to either question, the school district is required to provide the missing information by observer identification.

Part A. Is this student Hispanic/Latino? (A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.)
Choose only one:

- ▢ **No, not Hispanic/Latino**
- ▢ **Yes, Hispanic/Latino**

The question above is about ethnicity, not race. No matter which answer you selected, continue to respond to the question below by marking one or more boxes to indicate what you consider this student's race to be.

Part B. What is the student's race? Choose one or more.

- ▢ **American Indian or Alaska Native** (A person having origins in any of the original peoples of North and South America, including Central America, and who maintains tribal affiliation or community attachment.)
- ▢ **Asian** (A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including, for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam.)
- ▢ **Black or African American** (A person having origins in any of the black racial groups of Africa.)
- ▢ **Native Hawaiian or Other Pacific Islander** (A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.)
- ▢ **White** (A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa.)

_____ _____
Parent/Guardian Signature Date

Community Consolidated School District 59
U.S. Department of Education Race and Ethnicity Data Standards

FORMULARZ GROMADZONYCH DANYCH

Nazwisko ucznia: _____ **Szkoła** _____

WAŻNA INFORMACJA: Departament Edukacji U.S. wymaga, aby formularz ten był wypełniony w związku z zapisaniem ucznia do okręgu szkolnego. Dane są wykorzystywane w raportach i analizach wyników testów wymaganych przez stan, w odniesieniu do rasy i grupy etnicznej. Informacje te nie będą wykorzystywane do sprawdzania statusu imigracyjnego, a poufne informacje dotyczące indywidualnego ucznia będą objęte ochroną.

INSTRUKCJE: Formularz ten powinien być wypełniony przez rodziców lub opiekunów ucznia i na obydwa pytania powinna zostać udzielona odpowiedz. Część A zawiera pytanie o grupę etniczną (odnosi się do kultury i języka), a część B wiąże się z rasą ucznia (odnosi się do pochodzenia geograficznego i narodowego). UWAGA: Jeśli odmówisz odpowiedzenia na którekolwiek z pytań, dystrykt szkolny zobowiązany jest do dostarczenia brakującej informacji na podstawie obserwacji identyfikującej.

Część A. Czy uczeń jest Latynoamerykaninem/Latynosem? (Osoba, która pochodzi z Kuby, Meksyku, Puerto Rico, Ameryki Południowej lub Środkowej albo z innej kultury hiszpańskiej, lub jest hiszpańskiego pochodzenia, bez względu na rasę).
Wybierz tylko jedną opcję:

- ☐ **Nie, nie Latynoamerykanin/Latynos**
- ☐ **Tak, Latynoamerykanin/Latynos**

To pytanie nie dotyczy rasy, lecz pochodzenia etnicznego. Bez względu na odpowiedź, którą wybrałeś, kontynuuj odpowiadanie na poniższe pytania, zaznaczając jedno lub więcej kwadratowych pól, które pokazują, co według ciebie wskazuje na rasę ucznia.

Część B. Jaka jest rasa ucznia? Wybierz więcej niż jedną odpowiedź.

- ☐ **Indianin amerykański lub rodowity mieszkaniec Alaski (**Osoba, której korzenie wywodzą się z któregokolwiek z ludów Ameryki Północnej i Południowej oraz Ameryki Środkowej i która czuje przynależność plemienną lub przywiązanie do danej społeczności).
- ☐ **Azjata** (Osoba pochodząca z rdzennych grup ludzi Bliskiego Wschodu, Południowo-Wschodniej Azji lub Półwyspu Indyjskiego (czyli Azji Południowej), łącznie z np. Kambodżą, Chinami, Indiami, Japonią, Koreą, Malezją, Pakistanem, Wyspami Filipińskimi, Tajlandią i Wietnamem).
- ☐ **Czarni lub Afroamerykanie** (Osoby pochodzące z jakiejkolwiek czarnej rasowo grupy z Afryki).
- ☐ **Hawajczyk lub mieszkaniec innych Wysp Pacyfiku** (Osoba wywodząca się z rdzennych grup zamieszkujących Hawaje, Guam, Samoa lub inne Wyspy Pacyfiku).
- ☐ **Biały** (Osoba wywodząca się od rdzennych mieszkańców Europy, Bliskiego Wschodu lub Afryki Południowej).

_____ _____
Podpis rodzica/opiekuna Data

COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59
2123 S. Arlington Heights Rd. | Arlington Heights, IL 60005
Phone: 847-593-4300 | Fax: 847-593-4352

STATUS OF PHYSICAL & IMMUNIZATION RECORDS FOR INCOMING STUDENTS

Date: _____

Dear Parent(s)/Guardian(s) of _____

In accordance with District 59 policy, students who enter District 59 are given a 30-day period to show evidence of a current physical examination and immunizations are up-to-date.

Your student who is named above, is being admitted to school on a provisional basis until his/her current physical examination and immunization records are received from the parent(s)/guardian(s) or the previous school of attendance.

The district is required by the Illinois State Board of Education to use a standard form furnished by the state to record and verify the physical examination and immunization data. This form, entitled "Certificate of Child Health Examination" is available at the school office.

Failure to comply with the 30-day timeline will result in exclusion from school.

Sincerely,

School Nurse/Health Care Assistant

Parent/Guardian Completes This Section

I understand my child's current physical examination (including immunization data) is to be submitted to_____ School by_____ which is 30 days from the above enrollment date. Failure to comply with the 30-day timeline will result in exclusion from school.

Previous School of Attendance: _____

Address of Previous School _____

Signature of Parent/Guardian _____

H-29 4/03 Distribution: Parent, Health File

COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59
2123 S. Arlington Heights Rd. | Arlington Heights, IL 60005
Phone: 847-593-4300 | Fax: 847-593-4352

INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA I SZCZEPIEŃ PRZYSZŁYCH UCZNIÓW

Data: _____

Drodzy Rodzice(e)/Opiekunowie(e) ucznia_____
Zgodnie z zarządzeniem Dystryktu 59, uczniowie, którzy rozpoczynają naukę w Dystrykcie 59, mają 30 dni na przedstawienie dokumentacji dotyczącej aktualnych badań zdrowotnych i wymaganych szczepień.

Twój uczeń, wymieniony powyżej, został przyjęty do szkoły warunkowo, dopóki nie zostanie dostarczony przez jego/jej rodzica (-ów)/opiekuna (-ów) jego/jej aktualny bilans zdrowia i szczepień, lub na podstawie zaświadczenia o uczęszczaniu do poprzedniej szkoły.

Dystrykt jest zobowiązany przez Radę Edukacyjną Stanu Illinois do użycia standardowych formularzy, dostarczonych przez stan, do zapisywania i weryfikacji badania lekarskiego i bilansu szczepień. Formularz ten, zatytułowany „Certificate of Child Health Examination" (Zaświadczenie o badaniu stanu zdrowia dziecka), możecie otrzymać w sekretariacie szkoły.

Niespełnienie tego wymogu w ciągu 30 dni spowoduje wydalenie twojego dziecka ze szkoły.

Z poważaniem,

Szkolna pielęgniarka/Asystent d/s Zdrowia

Tę część wypełnia rodzic/opiekun

Rozumiem, że aktualne zaświadczenie o badaniu lekarskim (i bilansie szczepień)

mojego dziecka szkoły _____

w ciągu 30 dni od daty zapisania się do szkoły. Niespełnienie tego wymogu w ciągu

30-dniowego okresu czasu spowoduje wydalenie ze szkoły.

Poprzednia szkoła, do której uczeń uczęszczał: _____

Addres poprzedniej szkoły: _____

Podpis rodzica/opiekuna _____

COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59
2123 S. Arlington Heights Road * Arlington Heights, IL 60005
Phone: 847-593-4300

CCSD59

ANNUAL STUDENT HEALTH FORM

20 ___ - 20 ___ SCHOOL YEAR

Student: _____ Birth date _____
(last) (First)
Grade _____ Sex _____ School _____

Annual Health History Update	YES	NO
1. Does this child have: Allergies to food, medications or insect stings	_____	_____
Asthma	_____	_____
Any chronic illness	_____	_____
A seizure disorder	_____	_____
Any physical limitations	_____	_____
Diabetes	_____	_____
Glasses	_____	_____

Explain:
_____
_____

2. During the past 12 months has this child been:	YES	NO
Hospitalized (include surgery)	_____	_____
Seriously injured	_____	_____

Explain:
_____
_____

	YES	NO
3. Does this child take medication on a regular basis?	_____	_____

Explain: _____
(If medications, inhaler or glucose monitoring, etc., needs to be done at school, please refer to the appropriate forms “Medication Guidelines” H-24; “School Medication Authorization” H-25; “Hold Harmless and Indemnification for the Self-Administration of Asthma Medication and/or Possession of an Epinephrine Auto-Injector (Epi-Pen®)” H-26. Complete proper form(s)and return it to the school nurse.)

	YES	NO
4. Are there any other health concerns that the nurse/teacher should be aware of?	_____	_____

Explain: _____

Physician Contact Information

Physician Name: _____Phone:_____

Name of Practice: _____

Physician Address: _____

Parent(Guardian) Name (please print):_____

Parent (Guardian) Signature_____Date_____

Return to your child’s school health office.

COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59
2123 S. Arlington Heights Road * Arlington Heights, IL 60005
Phone: 847-593-4300

CCSD59

ROCZNA ANKIETA ZDROWIA UCZNIA
20 __ - 20 ___ ROK SZKOLNY

Uczeń: _____ Data urodzenia: _____
(Nazwisko) (Imię)
Klasa _____ Płeć _____ Szkoła _____

Aktualizacja roczna bilansu zdrowia	TAK	NIE
1. Czy dziecko ma: Alergię pokarmową, na leki lub użądlenia owadów	_____	_____
Astmę	_____	_____
Jakąkolwiek chroniczną chorobę	_____	_____
Epilepsję	_____	_____
Jakiekolwiek ograniczenia fizyczne	_____	_____
Cukrzycę	_____	_____
Okulary	_____	_____

Objaśnienia:
_____
_____

2. Czy podczas ostatnich 12 miesięcy dziecko było:	TAK	NIE
Hospitalizowane (np. na chirurgii)	_____	_____
Poważnie ranne	_____	_____

Objaśnienia:
_____
_____

	TAK	NIE
3. Czy dziecko bierze regularnie jakieś leki?	_____	_____

Objaśnienia: _____

Jeśli wzięcie leków, inhalatora lub monitorowanie poziomu cukru itp. musi być podane lub wykonane w szkole, proszę, posłuż się odpowiednimi formularzami “Medication Guidelines” H-24; “School Medication Authorization” H-25; “Hold Harmless and Indemnification for the Self-Administration of Asthma Medication oraz/lub Possession of an Epinephrine Auto-Injector (Epi-Pen®)” H-26. Wypełnij właściwy formularz (-e) i prześlij go do pielęgniarki szkolnej.

4. Czy istnieją jakieś inne problemy zdrowotne, o których pielęgniarka / nauczyciel powinien wiedzieć?

TAK	NIE
_____	_____

Objaśnienia: _____

Informacje o lekarzu, z którym należy się kontaktować
Nazwisko lekarza: _____Telefon:_____

Nazwa przychodni lekarskiej: _____

Adres lekarza: _____

Nazwisko rodzica (opiekuna) (drukowanymi literami):_____

Podpis rodzica (opiekuna) _____ Data_____

Oddaj w gabinecie lekarskim w szkole swojego dziecka.

CCSD59

Community Consolidated School District 59
TRANSPORTATION REQUEST FORM
School Year 20__/__

IMPORTANT: **Complete this form if you require transportation services that are different from your assigned bus stops**. Any changes require a minimum of 3 days notice; changes at the beginning of the school year require 2 weeks notice. These instructions will remain in place for the entire program listed below and cannot be changed without further written authorization.

Submit this signed form to CCSD59 Transportation Dept., 2123 S. Arlington Heights Rd., Arlington Heights, IL 60005 or fax to 847-593-4410. For questions, please contact us at 847-593-4379.

This request is being made for the following District 59 program:

___ Regular School Year ____ Summer School Program (Specify): _____

Student Name (Please Print): _____ School Program: _____

_____ Grade Level _____ Kindergarten/PreK AM _____ Kindergarten/PreK PM

Home Address: _____ City: _____

Home Phone: _____ Language (if other than English): _____

*Check only **ONE** option for Pick-up and **ONE** option for Drop-off. All pick-up and drop-off sites must be located within District 59 boundaries. Alternating days of the week or multiple locations for pick-up or drop-off are not allowed.*

Pick-up Information	***Drop-off Information***
____ No Bus Required, Parent will transport	____ No Bus Required, Parent will transport
____ Closest stop to home address	____ Closest stop to home address
____ Other: Please complete detailed information below:	____ Other: Please complete detailed information below:
Site Address: _____	Site Address: _____
_____	_____
Site Phone Number:_____	Site Phone Number: _____
Relationship to Student: _____	Relationship to Student: _____

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

This section is for IEP (504) Students only: To be completed by District 59 Authorized Coordinators only.
The following information must be based on IEP (504) requirements.

Date for service to begin: _____ Type of bus authorized: Lift: _____ Able to ride Gen Ed bus: _____

Type of service authorized: Curb to curb: _____ Curb to curb, no escort required: _____ Aide: _____

Special requirements: Child Securement: _____ Child's weight: _____ Other: _____

LEA Coordinator Authorization Signature: _____ Date: _____

Transportation Department Use Only:

Date received: _____ *Route Assignment:* _____ *Effective Date:* _____

Contractor notification date: _____ *Parent/school notification date:* _____

Processed by: _____

CCSD59

Community Consolidated School District 59
FORMULARZ WNIOSKU PRZEWOZU
Rok szkolny 20__/__

WAŻNE: Wypełnij to podanie, jeśli będziesz korzystać z usług transportowych. które są odmienne od wyznaczonych przystanków autobusowych. Wszelkie zmiany wymagają minimum 3-dniowego wyprzedzenia; dokonanie zmian na początku roku szkolnego wymaga 2-tygodniowego wypowiedzenia. Podane poniżej instrukcje pozostaną niezmienione przez cały okres świadczonej usługi i nie mogą być zmienione bez dodatkowego pisemnego zezwolenia.

Podpisane podanie prześlij do sekretariatu szkoły. W razie pytań prosimy o kontakt pod numerem 847-593-4379.

Ten wniosek jest składany na następujący rozkład jazdy Dystryktu 59:

___ Regularny rok szkolny ____ Szkoła letnia Program (określ): _____

Nazwisko ucznia (Proszę drukowanymi): _____ Szkoła: _____

_____ Klasa _____ Zerówka /Przedszkole rano _____ Zerówka/Przedszkole po południu

Adres domowy: _____ Miejscowość: _____

Telefon domowy: _____ Język (jeśli inny niż angielski): _____

*Zaznacz tylko **JEDNĄ** opcję wsiadania i **JEDNĄ** opcję wysiadania. Wszystkie miejsca wsiadania i wysiadania muszą się znajdować w granicach Dystryktu 59 i mieścić się w ramach rozkładu szkolnego. Wskazywanie innych dni tygodnia lub kilku miejsc wsiadania i wysiadania jest niedozwolone.*

Informacje dotyczące wsiadania	***Informacje dotyczące wysiadania***
____ Nie potrzebujemy, rodzice będą dowozić dziecko do szkoły	____ Nie potrzebujemy, rodzice będą odbierać ze szkoły
____ Przystanek najbliższy adresowi domowemu	____ Przystanek najbliższy adresowi domowemu
____ Inny przystanek: Proszę poniżej podać informacje szczegółowe:	____ Inny przystanek: Proszę poniżej podać dokładne informacje:
Adres tego miejsca: _____	Adres tego miejsca: _____
_____	_____
Numer telefonu tego miejsca:_____	Numer telefonu tego miejsca: _____
Relacje z uczniem:: _____	Relacje z uczniem: _____

Podpis Rodzica/Opiekuna: _____ **Data:** _____

Ta część jest tylko dla uczniów IEP (504): Wypełniana tylko przez upoważnionych przez Okręg 59 koordynatorów. Następujące informacje muszą bazować na wymaganiach IEP (504).

Data rozpoczęcia korzystania z usług: _____ Typ zatwierdzonego busa: Podnośnik: _____ Może korzystać z regularnego autobusu: _____

Typ zatwierdzonej usługi: Przywiezienie/odwiezienie _____ Nie wymaga pomocy: _____ Asystent: _____

Specjalne wymagania: Umocowanie dziecka: _____ Waga dziecka: _____ Inne: _____

Podpis zatwierdxzającyc koordynatora LEA : _____ Data: _____

Transportation Department Use Only

Date received: _____ *Route Assignment:* _____ *Effective date:* _____

Contractor notification date: _____ *Parent/school notification date:* _____

Processed by: _____

COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59
2123 S. Arlington Heights Rd. | Arlington Heights, IL 60005
Phone: 847-593-4300 | Fax: 847-593-4352

Students

Exhibit - Using a Photograph or Video Recording of a Student

Student Name _____ **School year**_____

Photographs, Videos or Digital Images of Students

Photographs, videos, or digital images used for informational or news-related purposes (whether by a media outlet or by the school) of a student participating in school or school-sponsored activities, organizations, and athletics that appear in school publications, such as yearbooks, newspapers, or sporting or fine arts program are considered "directory information" under the *Illinois School Student Records Act* and 23 Illinois Administrative Code Section 375.80. "Directory Information" may be released to the general public unless a parent/guardian requests that any or all the directory information not be released on his/her child. In the absence of parent/guardian request that such information not be released, the school may use such photographs, videos, or digital images in various publications, including the school yearbook, school newspaper, and school website. No consent or notice is needed or will be given before the school uses photographs, videos, or digital images of students taken while they are at school or a school-related activity.

Request to Exclude Child from Release of Directory Information

- ❑ I do NOT allow the school to release or publish my child's voice, image, works, photographs or audio or video recordings as directory information. I further understand that this means my child will not be featured in publicity about the achievements or activities of my child or my child's classmates or school.

Parent/Guardian Name_____

Parent/Guardian signature_____ Date_____

Pictures of Students Taken By Non-School Agencies

While the school limits access to school buildings by outside photographers, it has no control over news media or other entities that may publish a picture of a named or unnamed student.

SR-37 Updated 1/26/16

©2015 **P**olicy **R**eference **E**ducation **S**ubscription **S**ervice
Illinois Association of School Boards. All Rights Reserved.

COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59
2123 S. Arlington Heights Rd. | Arlington Heights, IL 60005
Phone: 847-593-4300 | Fax: 847-593-4352

Uczniowie

Pokazywanie - korzystanie z fotografii lub nagrań video przedstawiających ucznia

Nazwisko ucznia _____Rok szk._____

Fotografie, nagrania video i zdjęcia cyfrowe ucznia

Fotografie, filmy lub zdjęcia cyfrowe wykorzystywane w celach informacyjnych lub związane z relacjonowaniem aktualnych wydarzeń (czy to poprzez środki masowego przekazu, czy szkołę) ucznia uczestniczącego w zajęciach w szkole lub sponsorowanych przez szkołę, w organizacjach i zawodach sportowych, które pojawiają się w publikacjach szkolnych, takich jak roczniki, gazety albo w programach sportowych lub artystycznych, są uważane za "directory information", czyli dane osobowe ucznia, według *Illinois School Student Records Act* i 23 ustawy Illinois Administrative Code Section 375.80. Dane osobowe ucznia mogą być rozpowszechniane wśród ogółu społeczeństwa, chyba że na wniosek rodzica/opiekuna nie zostanie wyrażona zgoda na publikację części z nich lub wszystkich "directory informations" jego/jej dziecka. W przypadku braku wniosku rodzica/opiekuna, że dana informacja nie może być publikowana, szkoła może korzystać z tych zdjęć, filmów wideo lub zdjęć cyfrowych w różnych publikacjach, w tym roczniku szkolnym, gazetce szkolnej oraz na stronie internetowej szkoły. Szkoła nie będzie wymagała i oferowała każdorazowo formularza zgody lub notatki przed opublikowaniem fotografii, filmów lub zdjęć uczniów zrobionych podczas pobytu uczniów w szkole lub podczas zajęć i programów związanych ze szkołą.

Wniosek o wyłączenie dziecka z publikacji informacji katalogowych

- ❑ NIE zezwalam szkole na rozpowszechnianie lub publikowanie głosu mojego dziecka, wizerunku, prac, fotografii lub nagrań audio lub video jako informacji oficjalnych. Ponadto rozumiem, że oznacza to, iż moje dziecko lub uczestnictwo mojego dziecka lub kolegów mojego dziecka lub szkoły nie zostanie wykorzystane dla promowania osiągnięć szkoły i programu szkoły.

Nazwisko rodzica/opiekuna_____

Podpis rodzica/opiekuna_____ Date_____

Zdjęcia uczniów wykonane przez agencje pozaszkolne

Choć ze strony szkoły możliwość dostępu fotografów spoza szkoły do budynków szkolnych jest ograniczona, to nie mamy kontroli nad mediami lub innych podmiotami, które mogą opublikować zdjęcie z nazwiska lub anonimowo danego ucznia.

©2015 **P**olicy **R**eference **E**ducation **S**ubscription **S**ervice
Illinois Association of School Boards. All Rights Reserved.

CCSD59

Annual Authorization for Internet and Electronic Network Access

INTRODUCTION

The District's Electronic Network provides Internet and other electronic access in support of education and/or research. The goal in providing this access is to promote educational excellence by facilitating resource sharing, innovation, productivity, and communication. Parents (guardians) must annually grant permission for their student(s) to access these resources. Students must also agree to abide by the District's and school's electronic network rules and regulations. Violation of applicable policies, regulations or procedures may result in the loss of the privilege to use this resource, District disciplinary action, and/or referral to law enforcement.

The District takes precautions to prevent access to materials that may be defamatory, inaccurate, offensive, or otherwise inappropriate in the school setting. Each District computer with Internet access has a filtering device when on the district network that blocks entry to visual depictions that are (1) obscene, (2) pornographic, or (3) harmful or inappropriate for students, as defined by the Children's Internet Protection Act and as determined by the Superintendent or designee. However, it is impossible to control all material and a user may discover inappropriate material. Ultimately, staff members and/or parent(s)/guardian(s) are responsible for setting and conveying the standards that their students, children, or wards should follow. To that end, the District supports and respects each individual's right to decide whether or not to authorize electronic network access. Parents are responsible for filtering home internet access.

Parents (guardians) and students are required to read Board Policy 6.235 and Administrative Regulation 6.235R2, and are required annually to authorize a student's use of this resource.

SR_38A (1/2016)

Distribution: Parent

CCSD59

Annual Authorization for Internet and Electronic Network Access

STUDENT'S NAME_____STUDENT I.D._____

SCHOOL_____ SCHOOL YEAR: _____ GRADE LEVEL_____

Student (or Parent on Behalf of the Student) Release

I have read and will abide by Student Use of the District's Electronic Network Administrative Regulation 6.235-R2. . I understand that use of the Internet is a privilege and it may be revoked at any time. I also understand should I commit any violation, my access privileges may be revoked, and school disciplinary action and/or appropriate legal action may be taken. In consideration for using the District's Internet connection and having access to public networks, I hereby release the Community Consolidated School District 59 and its Board of Education members, employees, and agents from any claims and damages arising from my use or inability to use the Internet.

_____

Student's Name (Please Print)

_____ _____

Student's Signature (student or parent on behalf of the student) Date

Parent/Guardian Release (Required in Addition to Student Release)

I have read this Authorization for Internet and Electronic Network Access. I understand that access is designed for educational purposes and that the District has taken precautions to eliminate controversial material. However, I also recognize it is impossible for the District to restrict access to all controversial and inappropriate materials. I will hold harmless Community Consolidated School District 59, its employees, agents, or Board of Education members, for any harm caused by materials or software obtained via the network. I accept full responsibility for supervision if and when my child's use is not in a school setting. I have discussed the terms of this Authorization with my child. I hereby request that my child be allowed access to the District's Internet and Electronic Networks.

_____

Parent/Guardian's Name (Please Print)

_____ _____

Parent/Guardian's Signature Date

Roczne zezwolenie na korzystanie z Internetu i dostęp do sieci elektronicznej

WPROWADZENIE

Sieć elektroniczna Dystryktu, aby wesprzeć edukację i/lub prowadzenie badań, zapewnia Internet i inne formy dostępu elektronicznego. Celem umożliwienia tego dostępu jest promowanie perfekcji edukacyjnej poprzez ułatwianie korzystania z zasobów edukacyjnych, wspieranie innowacyjności, efektywności i komunikacji. Co roku rodzice (opiekunowie) muszą wyrażać zgodę na dostęp ich ucznia (-ów) do tych zasobów. Także uczniowie muszą zaakceptować obowiązujące w szkole i w dystrykcie regulaminy oraz przepisy dotyczące zasad korzystania z sieci. Naruszenie obowiązujących zasad, przepisów lub procedur może doprowadzić do utraty przywileju korzystania z zasobów sieci komputerowej, do wszczęcia postępowania dyscyplinarnego przez Dystrykt i/lub przekazania sprawy organom ścigania.

Dystrykt podejmuje wszelkie środki ostrożności, aby uniemożliwić dostęp do materiałów, które mogą być zniesławiające, nieprawdziwe, obraźliwe lub w jakikolwiek inny sposób nieodpowiednie w warunkach szkolnych. Każdy komputer Dystryktu z dostępem do Internetu posiada urządzenie filtrujące, które blokuje w sieci Dystryktu wejście do przedstawień wizualnych, które są (1) obsceniczne, (2) pornograficzne lub (3) szkodliwe albo nieodpowiednie dla uczniów, a które określono w Ustawie o Ochronie Dzieci w Internecie (Children's Internet Protection Act) i zostały określone i wskazane przez Kuratora. Mimo zabezpieczeń, kontrolowanie wszystkich materiałów nie jest możliwe i użytkownik może trafić na materiały nieodpowiednie. W ostateczności więc, to pracownicy i/lub rodzic (-e)/opiekun (-owie) są odpowiedzialni za ustanowienie i przestrzeganie standardów przez swoich uczniów, dzieci lub osoby nieletnie. W tym celu Dystrykt wspiera i szanuje prawo każdego człowieka do decydowania, czy zezwolić, czy nie na dostęp do sieci elektronicznej. Rodzice są odpowiedzialni za sprawowanie nadzoru (monitorowanie, blokowanie) nad dostępem dziecka do Internetu w domu.

Rodzice (opiekunowie) oraz uczniowie są zobowiązani do zapoznania się z polityką Rady Szkoły (Board Policy) 6.235 i przepisem administracyjnym 6.235R2, i są zobowiązani do corocznego wyrażania zgody na korzystanie przez ucznia z zasobów sieci komputerowej.

SR_38A/B Distribution: Parent, Student's Temporary File (cumulative file) Rev. 6.235-E1 Rev. January 2012 (Effective 2012/13)

CCSD59

Roczne zezwolenie na korzystanie z Internetu i dostęp sieci elektronicznej

NAZWISKO UCZNIA_____I.D. UCZNIA_____

SZKOŁA_____ ROK SZKOLNY: _____ KLASA_____

Oświadczenie ucznia (lub rodzica w imieniu ucznia)

Przeczytałem rozporządzenie administracyjne Dystryktu 6.235-R2 Electronic Network i jako uczeń-użytkownik będę go przestrzegał. Rozumiem, że korzystanie z Internetu jest przywilejem i może być w każdej chwili odebrane. Rozumiem też, że naruszenie przez mnie któregokolwiek punktu umowy spowoduje odebranie mi przywileju dostępu oraz że szkoła może wobec mnie wszcząć postępowanie dyscyplinarne i/lub podjąć odpowiednie kroki prawne. Uwzględniając fakt korzystania z łącza internetowego Dystryktu i posiadania dostępu do sieci publicznych, odstępuję w stosunku do Community Consolidated School District 59 i członków jej Board of Education (Rady Edukacji), pracowników i agentów, od jakichkolwiek roszczeń i szkód wynikających z mojego użytkowania lub nieumiejętności korzystania z Internetu.

_____

Nazwisko ucznia (Proszę drukowanymi)

_____ _____

Podpis ucznia (lub podpis rodzica w imieniu ucznia) Data

Oświadczenie rodzica/opiekuna (wymagane jako uzupełnienie do oświadczenia ucznia)

Zapoznałem się z zezwoleniem na korzystanie z Internetu i dostęp do sieci elektronicznej. Rozumiem, że dostęp ten jest przeznaczony dla celów edukacyjnych, a Dystrykt podjął wszelkie środki ostrożności, aby wyeliminować kontrowersyjne treści przekazu. Mam jednak świadomość, że jest niemożliwe, by Dystrykt był w stanie ograniczyć dostęp do wszystkich kontrowersyjnych i nieodpowiednich materiałów. Nie będę obarczał winą Community Consolidated School Districkt 59, jej pracowników, agentów lub członków Rady Edukacji za szkody spowodowane przez materiały lub oprogramowania uzyskane za pośrednictwem sieci. Przyjmuję pełną odpowiedzialność za nadzór, czy i kiedy moje dziecko będzie korzystało z sieci poza szkołą. Omówiłem warunki tego zezwolenia z moim dzieckiem. Niniejszym wyrażam zgodę, aby moje dziecko miało dostęp do Internetu i sieci elektronicznych Dystryktu.

_____

Nazwisko rodzica/opiekuna (Proszę drukowanymi)

_____ _____

Podpis rodzica/opiekuna Data

CCSD59

Availability of Student Disciplinary Policies and Procedures

STUDENT'S NAME_____ SCHOOL YEAR _____

SCHOOL_____

Parent/Guardian Release

I have been informed that student disciplinary policies and procedures are available online through the District 59 Family Reference Guide at ccsd59.org/family-reference-guide/ or in hard copy per my request. I have also been informed that I can obtain a paper copy of this document at the District 59 Administrative Office or my child's school.

I understand that it is my parental responsibility to review these policies and procedures with my child. I also understand that assistance will be made available to me if I am unable to read or understand these policies and procedures by contacting the District 59 Administrative Office or my child's school.

_____

Parent/Guardian's Name (Please Print)

_____ _____

Parent/Guardian's Signature Date

CCSD59

Udostępnienie procedur i zasad dotyczących dyscypliny uczniów

NAZWISKO UCZNIA_____ ROK SZKOLNY _____

SZKOŁA_____

Oświadczenie rodzica/opiekuna

Zostałem poinformowany, że procedury i zasady dotyczące dyscypliny wśród uczniów są dostępne w Internecie dzięki District 59 Family Reference Guide na stronie ccsd59.org/family-reference-guide/ lub w wersji papierowej na moją prośbę. Zostałem (am) poinformowany (a), że mogę także otrzymać wersję tego dokumentu na papierze w Biurze Administracji Dystryktu 59 lub w szkole mojego dziecka.

Rozumiem, że moim obowiązkiem jest zapoznanie siebie oraz mojego dziecka z tymi zasadami i procedurami. Rozumiem także, że jeśli nie będę mógł (mogła) przeczytać lub zrozumieć te zasady i procedury, ze strony szkoły będzie możliwa pomoc, jeśli skontaktuję się z Biurem Administracji Dystryktu 59 lub ze szkołą mojego dziecka.

_____

Nazwisko Rodzica/Opiekuna (Prosze drukowanymi)

_____ _____

Podpis Rodzica/Opiekuna Data