



**NEW STUDENT ENROLLMENT CHECKLIST**  
**For CCSD59 Office Use only (Parents/Guardians, do not complete)**

**Registration Staff - Please complete both sides of this form!**

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	Discipline Policy Agreement Form				
None	Fees Form (for applicable grade only)				
ILC-3	CCSD59 Student Device Protection Plan Form (JHS)				
SR-9	Request for Student Records				
EC-6	Household Income Eligibility App for ECE Program				
None	Young Athletes Permission Form				
ILC-1	Google Apps for Education Permission Form	Will not be included in 18-19 spring packets- distribute upon start of SY			
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) Distributed at start of SY for grades K-5 for SY 18-19				

\*\*\*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: \_\_\_\_\_

**Other Additional Considerations (please note, info may not be available at time of registration):**

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:

Registered by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



**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.

<b>Student Name:</b> _____	<b>School Name:</b> _____
----------------------------	---------------------------

**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:
<input type="checkbox"/> Most recent Real Estate Tax Bill	<input type="checkbox"/> Driver's License or State ID	<input type="checkbox"/> Current Homeowners/Renters Insurance Policy and Premium Payment Receipt	<input type="checkbox"/> Postmarked Mail Addressed to Military Personnel  <input type="checkbox"/> Lease Agreement for Occupancy  <input type="checkbox"/> Proof of Ownership of Residence
<input type="checkbox"/> Mortgage Papers	<input type="checkbox"/> Vehicle Registration	<input type="checkbox"/> Most Recent Gas, Electric and/or Water Bill	
<input type="checkbox"/> Signed and Dated Lease or Letter from Manager or Proof of Last Month's Payment	<input type="checkbox"/> Voter Registration	<input type="checkbox"/> Mail Received at District Residence	
<b>IMPORTANT:</b> District 59 reserves the right to evaluate the evidence present and merely presenting the items listed below does not guarantee admission.	<input type="checkbox"/> Most Recent Cable or Credit Card Bill	<input type="checkbox"/> Receipt for Moving Company Services Showing Current Address	
	<input type="checkbox"/> Current Public Aid Card	<input type="checkbox"/> Other _____	

<b>Category C: None of the Documents in Categories A &amp; B are Applicable Because:</b>	<input type="checkbox"/> 1. The student is homeless and eligible for enrollment under the Illinois Education for Homeless Children Act <input type="checkbox"/> 2. The student is enrolling based on the determination of the Department of Children & Family Services ( <i>Attach DCFS Documentation</i> )
--	--

*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: _____	<input type="checkbox"/> All Materials Supplied	
<input type="checkbox"/> Referred for Further Review to: _____	<input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Homeless Liaison	



# COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59

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

CCSD59

## VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA PARA LOS TUTORES DE LOS ESTUDIANTES

Todos los estudiantes que asisten a las escuelas del Distrito 59 deben vivir dentro de los linderos del distrito.

Generalmente la ley de Illinois estipula que la residencia del estudiante debe ser la misma que la de la persona que tiene la custodia legal.

### LOS ESTUDIANTES QUE INGRESAN AL TERCER Y SEXTO GRADO DEBEN PROBAR SU RESIDENCIA EN LA ESCUELA ENTRE EL PRIMERO Y EL DIEZ DE AGOSTO. NO SE LES PERMITIRÁ COMENZAR LA ESCUELA HASTA QUE SE DEMUESTRE SU RESIDENCIA.

**ATENCIÓN:** Es penado por la ley de Illinois presentar información falsa con respecto a la residencia del estudiante, es un crimen que es castigado por medio de multa y cárcel. Se le notificará a las autoridades si usted presenta información con la intención o el propósito de mentir acerca de la residencia del estudiante para que él pueda presentarse a la escuela sin pagar y deliberadamente inscribirse o tratar de inscribir al estudiante para poder recibir clases gratuitas cuando está consiente de que el estudiante no reside en el distrito escolar. Al padre/tutor que se les descubra inscribiendo a su niño(s) está cometiendo un fraude y se le cobrará la colegiatura por el tiempo que su niño(s) hayan estado asistiendo a la escuela. El Distrito tomará acción judicial con cualquier persona que se crea que haya cometido un crimen hacia el distrito con respecto a la residencia. Adicionalmente se iniciará un proceso civil por el Distrito.

Nombre del Estudiante:	Escuela:
------------------------	----------

Un total de **tres (3) documentos** de las categorías inferiores están obligados a demostrar su residencia. (Si no puede proporcionar Usando el formulario SR-5).

Categoría A: <b>UNO</b> (1) de los siguientes documentos	Categoría B: <b>DOS</b> (2) de los siguientes documentos		<b>El personal militar debe proporcionar uno (1) de los documentos indicados 60 días después de registrar a el estudiante:</b>	
<input type="checkbox"/> La factura mas reciente de los impuestos estatales de la propiedad	<input type="checkbox"/> Licencia de manejar o Identificación del Estado	<input type="checkbox"/> Certificado del seguro de la casa/ apartamento		<input type="checkbox"/> Correo sellado, estampado, y dirigido al personal militar
<input type="checkbox"/> Estado de cuenta/contrato comprobando la compra de la residencia	<input type="checkbox"/> Registro de auto – del Estado de Illinois	<input type="checkbox"/> Factura electrica o de gas		<input type="checkbox"/> Copia de contrato de arrendamiento
<input type="checkbox"/> Copia de contrato de arrendamiento o carta firmada por el encargado y prueba del pago mensual mas reciente	<input type="checkbox"/> Tarjeta de elector	<input type="checkbox"/> Correo recibido en la residencia del distrito		<input type="checkbox"/> Prueba de la propiedad de residencia
<b>IMPORTANTE: El Distrito 59 reserva el derecho de evaluar la evidencia presente y simplemente presentar los elementos enumerados a continuación no garantiza la admisión.</b>	<input type="checkbox"/> Cobro de cable o tarjeta de crédito	<input type="checkbox"/> Recibo de Servicios de la Sociedad en movimiento que muestra la dirección actual		
	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Asistencia Publica	<input type="checkbox"/> Other _____		

<b>Categoría C – Ninguno de los documentos en la Categoría A o B son aplicables porque:</b>	<input type="checkbox"/> 1. El estudiante está sin hogar y es elegible de ser registrado bajo el Acto de Educar a los Niños sin Hogar en el Estado de Illinois <input type="checkbox"/> 2. El estudiante se está registrando basado a la determinación del Departamento de Niños y Servicios Familiares (Adjuntar documentación)
---	---

Yo declaro que sí soy residente del la Comunidad Consolidada Escolar del Distrito 59 y que la información presentada en esta forma es verdadera, completa y precisa.

Nombre del Padre/Tutor (letra de molde)	Firma del Padre/Tutor	Fecha
---	-----------------------	-------

Residency Materials Received By:	<input type="checkbox"/> All Materials Supplied
<input type="checkbox"/> Referred for Further Review to:	<input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Homeless Liaison



# NEW STUDENT REGISTRATION and EMERGENCY CONTACT FORM - CCSD59

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

<b>Student Other ID:</b>	<b>Student State ID:</b>	<b>School:</b>	<b>Pre-School:</b>	<b>Kindergarten:</b>	<b>Grade:</b>
			<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> FULL DAY & <input type="checkbox"/> 4 Day <input type="checkbox"/> 5 Day	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> FULL DAY	

<b>First Name:</b>		<b>Last Name:</b>			<b>Middle Name:</b>		<b>Birth Date:</b> ___/___/___
							<b>Gender:</b> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
<b>Street Address:</b>				<b>Apt. / Lot / Unit #:</b>			
<b>City &amp; Zip Code:</b>				<b>Complex / Mobile Home Park Name:</b>			
<b>Primary Phone Number:</b>				<b>Has Your Student Been Enrolled in District 59 Before? :</b>		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
<b>Date Your Student Entered a U.S. School:</b>		<b>If Yes, Which School/s and What Year/s?</b>		<b>Name of Last School Attended &amp; State:</b>		<b>Is Your Child Receiving Any Special Services?</b>	
(Month/Day/Year) ___/___/___						<input type="checkbox"/> Bilingual <input type="checkbox"/> ESL <input type="checkbox"/> Special Education <input type="checkbox"/> Other:	
<b>Country of Birth:</b>				<b>9 Digit Medicaid Number:</b>		<b>(Voluntary &amp; Optional Military Service Information:</b> <input type="checkbox"/> I am a member of the United States Armed Forces  <input type="checkbox"/> I am on active duty / expected to be deployed to active duty during the school year	
<b>State of Birth:</b>							
<b>City of Birth:</b>							

<b>Title:</b>	<b>First Name:</b>	<b>Last Name:</b>	<b>Work Phone &amp; Extension:</b>	<b>Cell Phone:</b>			
<b>Relationship to Student:</b>	<input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Step-Father <input type="checkbox"/> Step-Mother <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Other			<b>Email Address:</b>			
<b>Language Preference:</b>	<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Polish <input type="checkbox"/> Gujarati <input type="checkbox"/> Other: _____			<b>Custody:</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Lives With:</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<b>Title:</b>	<b>First Name:</b>	<b>Last Name:</b>	<b>Work Phone &amp; Extension:</b>	<b>Cell Phone:</b>			
<b>Relationship to Student:</b>	<input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Step-Father <input type="checkbox"/> Step-Mother <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Other			<b>Email Address:</b>			
<b>Language Preference:</b>	<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Polish <input type="checkbox"/> Gujarati <input type="checkbox"/> Other: _____			<b>Custody:</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Lives With:</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<b>Title:</b>	<b>First Name:</b>	<b>Last Name:</b>	<b>Work Phone &amp; Extension:</b>	<b>Cell Phone:</b>			
<b>Relationship to Student:</b>	<input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Step-Father <input type="checkbox"/> Step-Mother <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Other			<b>Email Address:</b>			
<b>Language Preference:</b>	<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Polish <input type="checkbox"/> Gujarati <input type="checkbox"/> Other: _____			<b>Custody:</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Lives With:</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<b>Title:</b>	<b>First Name:</b>	<b>Last Name:</b>	<b>Work Phone &amp; Extension:</b>	<b>Cell Phone:</b>			
<b>Relationship to Student:</b>	<input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Step-Father <input type="checkbox"/> Step-Mother <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Other			<b>Email Address:</b>			
<b>Language Preference:</b>	<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Polish <input type="checkbox"/> Gujarati <input type="checkbox"/> Other: _____			<b>Custody:</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Lives With:</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

## EMERGENCY Contact and Sibling Information - CCSD59

Student First Name:	Student Last Name:	Student Middle Name:
Student ID:	School Name:	Date:

### 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, Sister/s, Step-Brother/s, Step-Sister/s)

	First Name:	Last Name:	Name of School Attending:	Grade:	Age:
1					
2					
3					
4					
5					

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



# NEW STUDENT REGISTRATION and EMERGENCY CONTACT FORM - CCSD59

Instrucciones: Imprimir y completar ambas caras. La sección sombreada en la parte superior es para uso de la oficina solamente.

<b>Student Other ID:</b>	<b>Student State ID:</b>	<b>School:</b>	<b>Grade:</b>
--------------------------	--------------------------	----------------	---------------

<b>Apellido(s) del Estudiante:</b>		<b>Nombre del Estudiante:</b>		<b>Segundo Nombre:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b> ___/___/___
					<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<b>Dirección (Calle):</b>				<b>Apt. / Lote / Unidad #:</b>	
<b>Ciudad y Zona Postal:</b>				<b>Nombre del Complejo de Apartamentos, Casas Móviles, etc:</b>	
<b>Número de Teléfono Residencial:</b>				<b>¿Ha estado el estudiante inscrito anteriormente en alguna de las escuelas del Distrito 59?:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>En Qué Fecha Ingresó Por Primera Vez Su Hijo(a) a Una ESCUELA PÚBLICA en EE.UU:</b>	<b>Nombre de La Escuela Anterior &amp; Estado:</b>	<b>¿Recibe su hijo(a) servicios especiales? Si es así, ¿qué servicios?:</b>		<b>En Caso Afirmativo, a Qué D 59 Escuela/s, y Qué Años?</b>	
(Mes / Año) ___ / _____		<input type="checkbox"/> Bilingüe <input type="checkbox"/> ESL <input type="checkbox"/> Educación Especial <input type="checkbox"/> Other:			
<b>País de Nacimiento:</b>	<b>Núm. de Medicaid (Los 9 Números):</b>		<b>(Voluntario y Opcional) Servicio de Información Militar:</b>	<input type="checkbox"/> Soy miembro de la fuerzas armadas estadounidenses	
<b>Estado de nacimiento:</b>				<input type="checkbox"/> Yo estoy en servicio activo / espera que se implementa en el servicio activo durante el año escolar	
<b>Lugar de Nacimiento:</b>					

## Información del Padre / Tutor

<b>Título:</b>	<b>Nombre:</b>	<b>Apellido:</b>	<b>Teléfono del Trabajo - Ext.</b>	<b>Teléfono Celular:</b>
<b>Relación Con El Estudiante:</b>	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Tutor		<b>Correo Electrónico:</b>	
<b>Preferencia de Idioma:</b>	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Polaco <input type="checkbox"/> Gujarati <input type="checkbox"/> Other: _____		<b>Custodia::</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Viva Con:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Título:</b>	<b>Nombre:</b>	<b>Apellido:</b>	<b>Teléfono del Trabajo - Ext.</b>	<b>Teléfono Celular:</b>
<b>Relación Con El Estudiante:"</b>	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Tutor		<b>Correo Electrónico:</b>	
<b>Preferencia de Idioma:</b>	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Polaco <input type="checkbox"/> Gujarati <input type="checkbox"/> Other: _____		<b>Custodia::</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Viva Con:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## Office Use Only

<b>Título:</b>	<b>Nombre:</b>	<b>Apellido:</b>	<b>Teléfono del Trabajo - Ext.</b>	<b>Teléfono Celular:</b>
<b>Relación Con El Estudiante:</b>	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Tutor		<b>Correo Electrónico:</b>	
<b>Preferencia de Idioma:</b>	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Polaco <input type="checkbox"/> Gujarati <input type="checkbox"/> Other: _____		<b>Custodia::</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Viva Con:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## EMERGENCY Contact and Sibling Information - CCSD59

Personas inmediatas a llamar en caso de EMERGENCIA, si los padres no pueden ser contactados. (Escriba al menos dos personas.)			
	Nombre:	Parentesco:	Número de teléfono:
1			
2			
3			
4			

Escriba el nombre de hermanos y/o hermanas en la familia inmediata que estén inscritos en el Distrito Escolar 59.					
	Nombre:	Apellido:	Escuela:	Grado:	Edad:
1					
2					
3					
4					
5					

Nombre del Padre o Tutor (En Letra de Molde):	Firma del Padre o Tutor:	Fecha:





## 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 Road \* Arlington Heights, IL 60005**  
**PHONE: 847-593-4300 \* FAX: 847-593-4352**

**COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO**

Padre/Tutor:

De acuerdo con la ley de Illinois (325 ILCS 50/5, "Missing Children's Record Act") los estudiantes que se registren en el distrito por primera vez, deben proporcionar en un lapso de 30 días cualquiera de los siguientes documentos:

- a) Un certificado del acta de nacimiento original, o
- b) Comprobante que muestre la identidad del estudiante, edad (i.e. pasaporte o visa) y una acta notarial explicando el porque no puede proporcionar una copia del acta de nacimiento.

Si el padre/tutor no es capaz de presentar la acta de nacimiento cuando registre al estudiante, entonces el Distrito tiene el derecho de cumplir con las reglas estipuladas por el estado. El Distrito le notificará a autoridades locales tal falta y al mismo tiempo le notificará al padre o tutor por escrito, que tiene 10 días para cumplir con las reglas y entregar la copia del acta de nacimiento o referirá el caso a las autoridades locales para una investigación más a fondo. Cualquier declaración jurada que presente y aparezca ser errónea o el contenido o la forma en que presenta el documento aparezca ser sospechosa se le informará de inmediato a las autoridades locales.

\_\_\_\_\_

Apellido del Estudiante	Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento
-------------------------	--------	----------------	---------------------

Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado, País) \_\_\_\_\_

Comprobante de Nacimiento y Edad (Marque uno y adhiera la copia del documento a la forma):

- Acta de Nacimiento Estado \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_
- Pasaporte País \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_
- Visa País \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_
- Otro \_\_\_\_\_

Se me es imposible proveer una certificado del acta de nacimiento original del estudiante que se menciona en la parte de arriba porque:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor (Letra de molde) Firma del Padre/Tutor Fecha

.....  
**(office use only)**

Documentation Requirement:     Met                       Not Met  
 Verified by: \_\_\_\_\_ School \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



## 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 # \_\_\_\_\_

Has your child attended a District 59 Pre-school program?  
a.  Yes School: \_\_\_\_\_  
b.  No

If you answered yes, **do not continue as you have already completed this form upon entering Pre-school.** If your answer was no, please proceed to answer the following questions below.

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 \_\_\_\_\_



## ENCUESTA DEL IDIOMA QUE SE HABLA EN EL HOGAR

De acuerdo con los reglamentos del Estado de Illinois (*23 Illinois Administrative Code Part 228*), los padres/tutores de todos los estudiantes que entran al distrito deben llenar y firmar esta encuesta. Esta información se usa para contar a los estudiantes cuyas familias hablan un idioma que no sea inglés en el hogar. Esto ayuda a identificar a los estudiantes que deben ser evaluados para conocer su nivel de dominio del inglés.

\_\_\_\_\_  Masculino  Femenino  
Apellido del estudiante    Nombre    Segundo nombre    Fecha de nacimiento  
Escuela \_\_\_\_\_ Núm. de identificación SIS # \_\_\_\_\_

¿Ha asistido su hijo a un programa preescolar en el Distrito 59?

- a.  Sí Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_  
b.  No

Si respondió que sí, **no continúe ya que ya ha completado este formulario al ingresar a la educación preescolar.** Si su respuesta fue “no”, proceda a responder las siguientes preguntas a continuación.

1. ¿Se habla en su hogar otro idioma que no sea inglés?  
a. Sí \_\_\_\_\_ ¿Qué idioma? \_\_\_\_\_  
b. No \_\_\_\_\_
2. ¿Habla su hijo(a) otro idioma que no sea inglés?  
a. Sí \_\_\_\_\_ ¿Qué idioma? \_\_\_\_\_  
b. No \_\_\_\_\_

Si respondió afirmativamente a una de las preguntas anteriores, la ley requiere que la escuela le administre al estudiante una evaluación para determinar su dominio del inglés.

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor (letra de molde)                      Relación con el estudiante                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor                      Nombre del empleado que inscribió al estudiante

### (Para uso de la oficina - For Office Use Only)

Language \_\_\_\_\_ Language Code # \_\_\_\_\_ Grade Assignment \_\_\_\_\_

Request for Language Assessment from ELL Personnel:  Yes  No    Date \_\_\_\_\_



**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**  
**Estándares de Datos sobre Origen Racial y Étnico del Departamento de Educación de EE.UU.**

**FORMULARIO DE RECOPIACIÓN DE DATOS**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN IMPORTANTE:** El Departamento de Educación de Estados Unidos requiere que se complete este formulario al momento de la inscripción de un estudiante en un distrito escolar. Los datos se utilizan en la preparación de informes y análisis de los resultados de las pruebas estatales requeridas por raza y origen étnico. La información no se utilizará para comprobar el estado de inmigración. Se protegerá la confidencialidad de la información individual de cada estudiante.

**INSTRUCCIONES:** Este formulario deberá ser completado por los padres o tutores del estudiante. Es necesario responder ambas preguntas. La parte A contiene una pregunta sobre el origen étnico del estudiante (se refiere a la cultura y lengua), y la parte B contiene una pregunta sobre el origen racial del estudiante (se refiere al origen geográfico o nacional). NOTA: Si usted rehúsa responder a cualquiera de las preguntas, el distrito escolar deberá suministrar la información que falta mediante observación.

**Parte A. ¿Es el estudiante hispano/latino?** (Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, suramericano, centroamericano u de otra cultura u origen hispano, independientemente de la raza).

**Elija solo uno:**

- No, no es hispano/latino.**  
 **Sí, es hispano/latino.**

*La pregunta anterior es acerca del origen étnico, no la raza. No importa qué respuesta usted seleccionó, continúe y responda a la pregunta que aparece a continuación marcando uno o más cuadros para indicar lo que considera ser la raza de el estudiante.*

**Parte B. ¿Cuál es el origen étnico del estudiante? Elija uno o más.**

- Indio americano o nativo de Alaska** (Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Norteamérica y Suramérica, incluyendo Centroamérica, y que mantiene afiliación tribal o lazos con la comunidad).
- Asia** (Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Extremo Oriente, sureste de Asia o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.)
- Negro o afroamericano** (Una persona con orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África).
- Nativo de Hawai o otras islas del Pacífico** (Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawai, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico).
- Blanco** (Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, el Medio Oriente o el Norte de África.)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



**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 \_\_\_\_\_



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

## **ESTADO FÍSICO Y REGISTRO DE VACUNAS DE LOS NUEVOS ESTUDIANTES**

Fecha: \_\_\_\_\_

Estimados Padres o Tutores de: \_\_\_\_\_

De acuerdo con las reglas del Distrito 59, los estudiantes que entren al Distrito 59 se les da una prórroga de 30 días para mostrar evidencia de que ha llevado a su hijo a que le hagan un examen médico y que todas sus vacunas están al corriente.

El estudiante mencionado en la parte de arriba. Esta siendo admitido a la escuela provisionalmente. Hasta que la escuela anterior, padre o tutor de él o ella puedan mostrar que ya llevaron a su hijo a que le hagan su examen físico y presenten el registro de vacunas al corriente, antes del inicio de clases.

La Junta de Educación del Estado de Illinois le pide al distrito que use la forma que provee el estado para anotar y verificar el examen físico y la información de las vacunas. Esta forma se titula "Certificate of Child Health Examination" (Certificado del Examen de Salud de su Hijo) la forma la puede encontrar en la oficina escolar.

Si usted no cumple con los requisitos su hijo tendrá que ser excluido de la escuela después de la fecha límite de 30 días.

Atentamente,

Enfermera Escolar/Asistente de Salud

### ***El Padre/tutor debe llenar la siguiente información***

Entiendo que debo someter una copia del examen físico y la cartilla de vacunas a la escuela \_\_\_\_\_ para el \_\_\_\_\_, usted tiene 30 días

(Nombre de la Escuela)

(Fecha)

después de haber inscrito a su hijo para entregar la información. Si usted no cumple con los requisitos su hijo tendrá que ser excluido de la escuela después de los de 30 días.

Escuela que asistió anteriormente: \_\_\_\_\_

Dirección de la escuela anterior: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_





**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: \_\_\_\_\_

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

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.)

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

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.



**FORMULARIO ANUAL DE SALUD Y EMERGENCIA MÉDICA DEL ESTUDIANTE**  
**AÑO ESCOLAR 20 \_\_\_ - 20 \_\_\_**

Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

(apellido(s)) (nombre)

Grado \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

**Actualización anual del historial de salud**

**SÍ NO**

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| 1. Este niño tiene: Alergias a alimentos, medicamentos o picaduras de insectos | ___ | ___ |
| Asma   | ___ | ___ |
| Enfermedad crónica   | ___ | ___ |
| Trastorno convulsivo (epilepsia)   | ___ | ___ |
| Limitacion(es) física(s)   | ___ | ___ |
| Diabetes   | ___ | ___ |
| Lentes   | ___ | ___ |

Explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SÍ NO**

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| 2. Durante los últimos 12 meses, este niño: |     |     |
| Ha sido hospitalizado (incluyendo cirugías) | ___ | ___ |
| Ha recibido lesiones graves                 | ___ | ___ |

Explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SÍ NO**

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| 3. ¿Este niño toma medicamentos regularmente? | ___ | ___ |
|---|-----|-----|

Explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Si necesita que se le administren medicamentos, inhalador o pruebas de glucosa, etc. en la escuela, sírvase consultar los formularios "Guías de medicación" H-24; "Autorización para la administración de medicamentos en la escuela" H-25; "Indemnización y exención de responsabilidad para la autoadministración de medicamentos contra el asma o la posesión de un autoinyector de epinefrina (Epi-Pen®)" H-26. Complete el (los) formulario(s) adecuado(s) y devuélvalo(s) a la enfermera de la escuela.)

**SÍ NO**

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| 4. ¿Existen otros problemas de salud que el maestro y/o enfermera deban conocer? | ___ | ___ |
|--|-----|-----|

Explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Información de contacto del medico**

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la oficina o clínica: \_\_\_\_\_

Dirección del médico: \_\_\_\_\_

Nombre del padre (tutor) (Por favor, use letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del padre (tutor): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## State of Illinois Certificate of Child Health Examination

<b>Student's Name</b>				<b>Birth Date</b>	<b>Sex</b>	<b>Race/Ethnicity</b>	<b>School /Grade Level/ID#</b>
Last	First	Middle		Month/Day/Year			
<b>Address</b>				<b>Parent/Guardian</b>	<b>Telephone #</b>	<b>Home</b>	<b>Work</b>
Address	Street	City	Zip Code				

**IMMUNIZATIONS: To be completed by health care provider. The mo/da/yr for every dose administered is required. If a specific vaccine is medically contraindicated, a separate written statement must be attached by the health care provider responsible for completing the health examination explaining the medical reason for the contraindication.**

REQUIRED Vaccine / Dose	DOSE 1			DOSE 2			DOSE 3			DOSE 4			DOSE 5			DOSE 6		
	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR
<b>DTP or DTaP</b>																		
<b>Tdap; Td or Pediatric DT</b> (Check specific type)	<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT			<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT			<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT			<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT			<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT			<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT		
<b>Polio</b> (Check specific type)	<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV			<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV			<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV			<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV			<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV			<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV		
<b>Hib</b> Haemophilus influenza type b																		
<b>Pneumococcal Conjugate</b>																		
<b>Hepatitis B</b>																		
<b>MMR</b> Measles Mumps. Rubella																		
<b>Varicella</b> (Chickenpox)																		
<b>Meningococcal conjugate (MCV4)</b>																		
<b>RECOMMENDED, BUT NOT REQUIRED Vaccine / Dose</b>																		
<b>Hepatitis A</b>																		
<b>HPV</b>																		
<b>Influenza</b>																		
<b>Other: Specify Immunization Administered/Dates</b>																		

**Comments:**

**Health care provider (MD, DO, APN, PA, school health professional, health official) verifying above immunization history must sign below. If adding dates to the above immunization history section, put your initials by date(s) and sign here.**

<b>Signature</b>	<b>Title</b>	<b>Date</b>
<b>Signature</b>	<b>Title</b>	<b>Date</b>

**ALTERNATIVE PROOF OF IMMUNITY**

**1. Clinical diagnosis (measles, mumps, hepatitis B) is allowed when verified by physician and supported with lab confirmation. Attach copy of lab result.**  
 \*MEASLES (Rubeola) MO DA YR \*\*MUMPS MO DA YR HEPATITIS B MO DA YR VARICELLA MO DA YR

**2. History of varicella (chickenpox) disease is acceptable if verified by health care provider, school health professional or health official.**  
 Person signing below verifies that the parent/guardian's description of varicella disease history is indicative of past infection and is accepting such history as documentation of disease.

<b>Date of Disease</b>	<b>Signature</b>	<b>Title</b>
------------------------	------------------	--------------

**3. Laboratory Evidence of Immunity (check one)  Measles\*  Mumps\*\*  Rubella  Varicella Attach copy of lab result.**  
 \*All measles cases diagnosed on or after July 1, 2002, must be confirmed by laboratory evidence.  
 \*\*All mumps cases diagnosed on or after July 1, 2013, must be confirmed by laboratory evidence.

**Completion of Alternatives 1 or 3 MUST be accompanied by Labs & Physician Signature: \_\_\_\_\_**  
 Physician Statements of Immunity MUST be submitted to IDPH for review.

**Certificates of Religious Exemption to Immunizations or Physician Medical Statements of Medical Contraindication Are Reviewed and Maintained by the School Authority.**

Last First Middle			Birth Date Month/Day/ Year	Sex	School	Grade Level/ ID
-------------------	--	--	-------------------------------	-----	--------	-----------------

**HEALTH HISTORY TO BE COMPLETED AND SIGNED BY PARENT/GUARDIAN AND VERIFIED BY HEALTH CARE PROVIDER**

<b>ALLERGIES</b> (Food, drug, insect, other)	Yes No	List:	<b>MEDICATION</b> (Prescribed or taken on a regular basis.)	Yes No	List:
Diagnosis of asthma?	Yes No		Loss of function of one of paired organs? (eye/ear/kidney/testicle)	Yes No	
Child wakes during night coughing?	Yes No		Hospitalizations? When? What for?	Yes No	
Birth defects?	Yes No		Surgery? (List all.) When? What for?	Yes No	
Developmental delay?	Yes No		Serious injury or illness?	Yes No	
Blood disorders? Hemophilia, Sickle Cell, Other? Explain.	Yes No		TB skin test positive (past/present)?	Yes* No	*If yes, refer to local health department.
Diabetes?	Yes No		TB disease (past or present)?	Yes* No	
Head injury/Concussion/Passed out?	Yes No		Tobacco use (type, frequency)?	Yes No	
Seizures? What are they like?	Yes No		Alcohol/Drug use?	Yes No	
Heart problem/Shortness of breath?	Yes No		Family history of sudden death before age 50? (Cause?)	Yes No	
Heart murmur/High blood pressure?	Yes No		Dental <input type="checkbox"/> Braces <input type="checkbox"/> Bridge <input type="checkbox"/> Plate <input type="checkbox"/> Other		
Dizziness or chest pain with exercise?	Yes No		Information may be shared with appropriate personnel for health and educational purposes.		
Eye/Vision problems? _____ Glasses <input type="checkbox"/> Contacts <input type="checkbox"/> Last exam by eye doctor _____			<b>Parent/Guardian Signature</b>		
Other concerns? (crossed eye, drooping lids, squinting, difficulty reading)			<b>Date</b>		
Ear/Hearing problems?	Yes No				
Bone/Joint problem/injury/scoliosis?	Yes No				

**PHYSICAL EXAMINATION REQUIREMENTS Entire section below to be completed by MD/DO/APN/PA**

HEAD CIRCUMFERENCE if <2-3 years old      HEIGHT      WEIGHT      BMI      B/P

**DIABETES SCREENING (NOT REQUIRED FOR DAY CARE) BMI>85% age/sex** Yes  No  And any two of the following: **Family History** Yes  No   
**Ethnic Minority** Yes  No  **Signs of Insulin Resistance** (hypertension, dyslipidemia, polycystic ovarian syndrome, acanthosis nigricans) Yes  No  **At Risk** Yes  No

**LEAD RISK QUESTIONNAIRE:** Required for children age 6 months through 6 years enrolled in licensed or public school operated day care, preschool, nursery school and/or kindergarten. (Blood test required if resides in Chicago or high risk zip code.)

**Questionnaire Administered?** Yes  No       **Blood Test Indicated?** Yes  No       **Blood Test Date**      **Result**

**TB SKIN OR BLOOD TEST** Recommended only for children in high-risk groups including children immunosuppressed due to HIV infection or other conditions, frequent travel to or born in high prevalence countries or those exposed to adults in high-risk categories. See CDC guidelines. [http://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/testing/TB\\_testing.htm](http://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/testing/TB_testing.htm)

No test needed       Test performed       **Skin Test: Date Read** / /      **Result: Positive**  **Negative**       **mm** \_\_\_\_\_

**Blood Test: Date Reported** / /      **Result: Positive**  **Negative**       **Value** \_\_\_\_\_

LAB TESTS (Recommended)	Date	Results	Date	Results
Hemoglobin or Hematocrit			Sickle Cell (when indicated)	
Urinalysis			Developmental Screening Tool	

SYSTEM REVIEW	Normal	Comments/Follow-up/Needs	Normal	Comments/Follow-up/Needs
Skin			Endocrine	
Ears		Screening Result:	Gastrointestinal	
Eyes		Screening Result:	Genito-Urinary	LMP
Nose			Neurological	
Throat			Musculoskeletal	
Mouth/Dental			Spinal Exam	
Cardiovascular/HTN			Nutritional status	
Respiratory		<input type="checkbox"/> Diagnosis of Asthma	Mental Health	
Currently Prescribed Asthma Medication:			Other	
<input type="checkbox"/> Quick-relief medication (e.g. Short Acting Beta Agonist)				
<input type="checkbox"/> Controller medication (e.g. inhaled corticosteroid)				

**NEEDS/MODIFICATIONS** required in the school setting      **DIETARY** Needs/Restrictions

**SPECIAL INSTRUCTIONS/DEVICES** e.g. safety glasses, glass eye, chest protector for arrhythmia, pacemaker, prosthetic device, dental bridge, false teeth, athletic support/cup

**MENTAL HEALTH/OTHER** Is there anything else the school should know about this student?  
If you would like to discuss this student's health with school or school health personnel, check title:  Nurse  Teacher  Counselor  Principal

**EMERGENCY ACTION** needed while at school due to child's health condition (e.g., seizures, asthma, insect sting, food, peanut allergy, bleeding problem, diabetes, heart problem)?  
Yes  No  If yes, please describe.

On the basis of the examination on this day, I approve this child's participation in \_\_\_\_\_ (If No or Modified please attach explanation.)  
**PHYSICAL EDUCATION** Yes  No  **Modified**       **INTERSCHOLASTIC SPORTS** Yes  No  **Modified**

Print Name \_\_\_\_\_ (MD,DO, APN, PA)      Signature \_\_\_\_\_      Date \_\_\_\_\_  
Address \_\_\_\_\_      Phone \_\_\_\_\_



**State of Illinois  
Certificate of Child Health Examination**

<b>Student's Name</b>				<b>Birth Date</b>	<b>Sex</b>	<b>Race/Ethnicity</b>	<b>School /Grade Level/ID#</b>
Last			First	Middle	Month/Day/Year		
Address				Parent/Guardian		Telephone # Home	
Street				City		Zip Code	
				Work			

**IMMUNIZATIONS: To be completed by health care provider. The mo/da/yr for every dose administered is required. If a specific vaccine is medically contraindicated, a separate written statement must be attached by the health care provider responsible for completing the health examination explaining the medical reason for the contraindication.**

REQUIRED Vaccine / Dose	DOSE 1			DOSE 2			DOSE 3			DOSE 4			DOSE 5			DOSE 6		
	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR
<b>DTP or DTaP</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tdap; Td or Pediatric DT</b> (Check specific type)	<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT			<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT			<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT			<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT			<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT			<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT		
<b>Polio</b> (Check specific type)	<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV			<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV			<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV			<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV			<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV			<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV		
<b>Hib</b> Haemophilus influenza type b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pneumococcal Conjugate</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hepatitis B</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MMR</b> Measles Mumps. Rubella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Varicella</b> (Chickenpox)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Meningococcal conjugate (MCV4)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>RECOMMENDED, BUT NOT REQUIRED Vaccine / Dose</b>																		
<b>Hepatitis A</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>HPV</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Influenza</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Other: Specify Immunization Administered/Dates</b>																		

**Comments:**

Health care provider (MD, DO, APN, PA, school health professional, health official) verifying above immunization history must sign below. If adding dates to the above immunization history section, put your initials by date(s) and sign here.

<b>Signature</b>	<b>Title</b>	<b>Date</b>
<b>Signature</b>	<b>Title</b>	<b>Date</b>

**ALTERNATIVE PROOF OF IMMUNITY**

1. Clinical diagnosis (measles, mumps, hepatitis B) is allowed when verified by physician and supported with lab confirmation. Attach copy of lab result.  
 \*MEASLES (Rubeola) MO DA YR \*\*MUMPS MO DA YR HEPATITIS B MO DA YR VARICELLA MO DA YR

2. History of varicella (chickenpox) disease is acceptable if verified by health care provider, school health professional or health official. Person signing below verifies that the parent/guardian's description of varicella disease history is indicative of past infection and is accepting such history as documentation of disease.  
 Date of Disease Signature Title

3. Laboratory Evidence of Immunity (check one) Measles\* Mumps\*\* Rubella Varicella Attach copy of lab result.  
 \*All measles cases diagnosed on or after July 1, 2002, must be confirmed by laboratory evidence.  
 \*\*All mumps cases diagnosed on or after July 1, 2013, must be confirmed by laboratory evidence.

Completion of Alternatives 1 or 3 MUST be accompanied by Labs & Physician Signature: \_\_\_\_\_  
 Physician Statements of Immunity MUST be submitted to IDPH for review.

Certificates of Religious Exemption to Immunizations or Physician Medical Statements of Medical Contraindication Are Reviewed and Maintained by the School Authority.

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año	Sexo	Escuela	Grado/Núm. de Ident.
----------	--------	---------	--	------	---------	----------------------

**HISTORIAL MÉDICO- PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR PADRES/TUTOR Y VERIFICADO POR EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD**

ALERGIAS (Alimentos, drogas, insectos, otro)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Anótelas todas:	MEDICINAS (Anote todas las recetadas o tomadas con regularidad)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene diagnóstico de asthma? ¿Despierta el niño tosiendo en la noche?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Tiene pérdida de funciones en uno de los órganos? (Ojos/Oídos/Riñones/Testículos)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene defectos de nacimiento?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Ha sido hospitalizado? ¿Cuándo? ¿Para qué?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene retrasos del desarrollo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Ha tenido alguna cirugía?(anótelas todas) ¿Cuándo? ¿Para qué?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene diabetes?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Ha tenido heridas graves o enfermedades?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene heridas en la cabeza/golpe/desmayo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Prueba positiva de TB (Pasado o Presente)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> *Si contestó sí, refiera al departamento de salud local
¿Tiene convulsiones? Cómo se manifiestan?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Enfermedad de TB (Pasado o Presente)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas cardiacos/No respira bien?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Usa tabaco (tipo, frecuencia)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene soplo en el corazón/presión arterial alta?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Toma alcohol/drogas?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene mareos o dolor de pecho al hacer ejercicios?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Historial de familiares de muerte repentina antes de los 50 años? ¿Causa?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Problemas con los ojos/visión? <input type="checkbox"/> Lentes <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto <input type="checkbox"/> Último examen <input type="checkbox"/>			Dental <input type="checkbox"/> Ganchos <input type="checkbox"/> Puente <input type="checkbox"/> Placas <input type="checkbox"/> Otro	
¿Otras Preocupaciones? (bizco, párpados caídos, parpadear, dificultad cuando lee)				
¿Tiene problemas de los oídos/no oye bien?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		La información en este formulario se puede compartir con el personal apropiado para propósitos de salud y educación.	
¿Tiene problemas de los huesos/articulaciones/heridas/escoliosis?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>Firma del Padre/Tutor</b>	<b>Fecha</b>

**PHYSICAL EXAMINATION REQUIREMENTS Entire section below to be completed by MD/DO/APN/PA**

**HEAD CIRCUMFERENCE** if <2-3 years old      **HEIGHT**      **WEIGHT**      **BMI**      **B/P**

**DIABETES SCREENING** (NOT REQUIRED FOR DAY CARE) **BMI>85% age/sex** Yes  No  And any two of the following: **Family History** Yes  No   
**Ethnic Minority** Yes  No  **Signs of Insulin Resistance** (hypertension, dyslipidemia, polycystic ovarian syndrome, acanthosis nigricans) Yes  No  **At Risk** Yes  No

**LEAD RISK QUESTIONNAIRE:** Required for children age 6 months through 6 years enrolled in licensed or public school operated day care, preschool, nursery school and/or kindergarten. (Blood test required if resides in Chicago or high risk zip code.)

**Questionnaire Administered?** Yes  No       **Blood Test Indicated?** Yes  No       **Blood Test Date**      **Result**

**TB SKIN OR BLOOD TEST** Recommended only for children in high-risk groups including children immunosuppressed due to HIV infection or other conditions, frequent travel to or born in high prevalence countries or those exposed to adults in high-risk categories. See CDC guidelines. [http://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/testing/TB\\_testing.htm](http://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/testing/TB_testing.htm).

**No test needed**       **Test performed**       **Skin Test: Date Read** / /      **Result: Positive**  **Negative**       **mm** \_\_\_\_\_  
**Blood Test: Date Reported** / /      **Result: Positive**  **Negative**       **Value**

LAB TESTS (Recommended)	Date	Results	Date	Results
Hemoglobin or Hematocrit				Sickle Cell (when indicated)
Urinalysis				Developmental Screening Tool

SYSTEM REVIEW	Normal	Comments/Follow-up/Needs	Normal	Comments/Follow-up/Needs
Skin			Endocrine	
Ears		Screening Result:	Gastrointestinal	
Eyes		Screening Result:	Genito-Urinary	LMP
Nose			Neurological	
Throat			Musculoskeletal	
Mouth/Dental			Spinal Exam	
Cardiovascular/HTN			Nutritional status	
Respiratory		<input type="checkbox"/> Diagnosis of Asthma	Mental Health	

Currently Prescribed Asthma Medication:  
 Quick-relief medication (e.g. Short Acting Beta Agonist)  
 Controller medication (e.g. inhaled corticosteroid)

**NEEDS/MODIFICATIONS** required in the school setting      **DIETARY** Needs/Restrictions

**SPECIAL INSTRUCTIONS/DEVICES** e.g., safety glasses, glass eye, chest protector for arrhythmia, pacemaker, prosthetic device, dental bridge, false teeth, athletic support/cup

**MENTAL HEALTH/OTHER** Is there anything else the school should know about this student?  
If you would like to discuss this student's health with school or school health personnel, check title:  Nurse  Teacher  Counselor  Principal

**EMERGENCY ACTION** needed while at school due to child's health condition (e.g., seizures, asthma, insect sting, food, peanut allergy, bleeding problem, diabetes, heart problem)?  
**Yes**  **No**  If yes, please describe.

On the basis of the examination on this day, I approve this child's participation in \_\_\_\_\_ (If No or Modified please attach explanation.)

**PHYSICAL EDUCATION** Yes  No  Modified       **INTERSCHOLASTIC SPORTS** Yes  No  Modified

**Print Name** \_\_\_\_\_ (MD,DO, APN, PA)      **Signature** \_\_\_\_\_      **Date** \_\_\_\_\_  
**Address** \_\_\_\_\_      **Phone** \_\_\_\_\_



Community Consolidated School District 59

**Transportation Request Form**

School Year 20\_\_ - 20\_\_

**INSTRUCTION TO PARENT OR GUARDIAN:** Please complete this form **ONLY** if the requested pick-up or drop-off location for your student is **DIFFERENT than the closest stop to your home address or if no transportation is required for drop-off and/or pick-up**. If this form is not completed, the default location will be assigned, which is the stop closest to your home address.

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 your child's school.

This request is being made for the following CCSD59 Program:  Regular School Year  Summer School Program (specify): \_\_\_\_\_

Please print: Student Name: \_\_\_\_\_

School Name: \_\_\_\_\_

Grade Level: \_\_\_\_\_ Kindergarten/PreK:  Full Day Program  AM Program  PM Program

Home Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Home Phone Number: \_\_\_\_\_ Language Spoken (if not 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 CCSD59 and School boundaries. Alternating days of the week or multiple locations for pick-up or drop-off are not allowed.**

**Pick-up Information**

- No bus is required, parent will transport
- Other: Please provide detailed information below:  
 Site Address: \_\_\_\_\_  
 City and Zip: \_\_\_\_\_  
 Phone # for this location: \_\_\_\_\_  
 Relationship to student: \_\_\_\_\_

**Drop-off Information**

- No bus is required, parent will transport
- Other: Please provide detailed information below:  
 Site Address: \_\_\_\_\_  
 City and Zip: \_\_\_\_\_  
 Phone # for this location: \_\_\_\_\_  
 Relationship to student: \_\_\_\_\_

Parent or Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**This section is for IEP (504) students only: To be completed by CCSD59 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: \_\_\_\_\_

Notes: \_\_\_\_\_

LEA Coordinator Authorization Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**This section is to be completed by Transportation Department Only**

Date received: \_\_\_\_\_ Route Assignment: \_\_\_\_\_ Effective Date: \_\_\_\_\_

Contractor notification date: \_\_\_\_\_ Parent/School notification date: \_\_\_\_\_

Processed by: \_\_\_\_\_



Community Consolidated School District 59

Transportation Request Form

School Year 20\_\_ - 20\_\_

INSTRUCCIONES PARA EL PADRE O TUTOR: Complete este formulario SOLO si solicita que se recoja o deje al estudiante en un lugar DIFERENTE a la parada más cercana a la dirección residencial o si no necesita transporte para recoger y/o llevar al estudiante. Si no completa este formulario, se asignará la parada estándar, que será la más cercana a su dirección residencial. Los cambios deben notificarse al menos con tres (3) días de anticipación. Los cambios al comienzo del año escolar deben notificarse con dos (2) semanas de anticipación. Estas instrucciones permanecerán en vigor durante todo el programa indicado y no se pueden cambiar sin autorización escrita.

Presente este formulario firmado al Depto. de Transporte, 2123 S. Arlington Heights Road, Arlington Heights, IL 60005. Fax (847) 593-4410. Si tiene preguntas, llame al (847) 593-4379.

Esta solicitud es para el siguiente programa de Distrito 59: [ ] Año escolar regular [ ] Programa de verano (Especifique el programa): \_\_\_\_\_

Estudiante (letra de molde): \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Kindergarten/Pre-K: [ ] Día completo [ ] Programa AM [ ] Programa PM

Dirección residencial: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Idioma (si no es inglés): \_\_\_\_\_

Marque solo UNA opción para recoger y UNA opción para dejar. Todos los lugares para recoger y dejar deben estar ubicados dentro de los límites del Distrito 59. No se permite alternar días de la semana o indicar múltiples lugares para recoger y dejar.

Información de dónde recoger
[ ] No se requiere autobús, uno de los padres transportará.
[ ] Otro: Por favor, incluya información detallada a continuación
Dirección del lugar: \_\_\_\_\_
Ciudad: \_\_\_\_\_
Teléfono del lugar: \_\_\_\_\_
Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Información de dónde dejar
[ ] No se requiere autobús, uno de los padres transportará.
[ ] Otro: Por favor, incluya información detallada a continuación
Dirección del lugar: \_\_\_\_\_
Ciudad: \_\_\_\_\_
Teléfono del lugar: \_\_\_\_\_
Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

This section is for IEP (504) students only: To be completed by CCSD59 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: \_\_\_\_\_
Notes: \_\_\_\_\_
LEA Coordinator Authorization Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

This section is to be completed by Transportation Department Only
Date received: \_\_\_\_\_ Route Assignment: \_\_\_\_\_ Effective Date: \_\_\_\_\_
Contractor notification date: \_\_\_\_\_ Parent/School notification date: \_\_\_\_\_
Processed by: \_\_\_\_\_





## 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.



## Estudiantes

### ***Prueba - Uso de foto o vídeo de un estudiante***

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Año escolar \_\_\_\_\_

#### Fotos, vídeos o imágenes digitales de los estudiantes

Las fotos, los vídeos y las imágenes digitales usadas para propósitos informativos y noticiosos (ya sea por un medio de comunicación o la escuela) de un estudiante mientras participa en actividades, organizaciones y eventos deportivos escolares o auspiciados por la escuela, que aparezcan en publicaciones escolares, tales como anuarios, periódicos o programas de deportes o bellas artes, son consideradas “información del directorio” bajo la Ley de Archivos Escolares de los Estudiantes (en inglés, *Illinois School Student Records Act*) y el Código Administrativo de Illinois (*23 Illinois Administrative Code Section 375.80*). La “información de directorio” se puede divulgar al público a menos que un padre o tutor solicite que no se divulgue parte de o toda la información de directorio de su hijo(a). De no existir una solicitud del padre o tutor para que dicha información no se divulgue, la escuela puede utilizar dichas fotos, vídeos o imágenes digitales en varias publicaciones, incluyendo el anuario escolar, periódico escolar o sitio web de la escuela. No es necesario tener o solicitar un consentimiento o emitir un aviso antes de que la escuela utilice las fotos, vídeos o imágenes digitales de los estudiantes tomadas mientras estos se encuentran en la escuela o en una actividad escolar.

#### **Solicitud para excluir a un menor de la divulgación de la información de directorio**

- NO permito que la escuela divulgue o publique la voz, la imagen, los trabajos, las fotos o las grabaciones de audio o vídeo de mi hijo(a) como información de directorio. Entiendo que esto significa que mi hijo(a) no aparecerá en la publicidad relacionada con los logros o actividades de mi hijo(a) o los compañeros de mi hijo(a).

Nombre del padre o tutor \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

#### Fotos de los estudiantes tomadas por agencias no escolares

Aunque la escuela limita el acceso de fotógrafos externos a los planteles escolares, no controla el que los medios noticiosos u otras entidades publiquen una foto de un estudiante, sea este identificado con nombre o no.



## **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.



## 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



## **Autorización anual para el acceso a Internet y la red electrónica**

### **Introducción**

La Red Electrónica del Distrito ofrece acceso a Internet y otros tipos de acceso electrónico para apoyar la educación y/o investigación. El objetivo de este acceso es promover la excelencia educativa, facilitando el uso compartido de recursos, la innovación, la productividad y la comunicación. Los padres (tutores) anualmente deben conceder permiso para que sus hijos tengan acceso a estos recursos. Los estudiantes también deben acceder a acatar las reglas y reglamentos del distrito y la escuela para el uso de la red electrónica. La violación de las políticas, reglamentos o procedimientos aplicables puede resultar en la pérdida del privilegio para utilizar este recurso, medidas disciplinarias del Distrito y/o referido a las agencias del orden público.

El distrito toma precauciones para impedir el acceso a materiales que puedan ser difamatorios, inexactos, ofensivos o inadecuados en el entorno escolar. Cada computadora del Distrito con acceso a Internet tiene un dispositivo de filtración, que cuando en la red del distrito bloquea la entrada de representaciones visuales que sean (1) obscenas, (2) pornográficas o (3) dañinas o inapropiadas para los estudiantes, según se define en la Ley de Protección de Niños en Internet y así lo determine el Superintendente o su representante. Sin embargo, es imposible controlar todo el material, y un usuario podría descubrir material inapropiado. En última instancia, los miembros del personal y los padres o tutores son responsables de establecer y transmitir las normas que deben seguir sus estudiantes, hijos o pupilos. Para ello, el Distrito apoya y respeta el derecho de cada individuo a decidir si quiere o no autorizar el acceso a la red electrónica. Los padres son responsables de filtrar el acceso a Internet en el hogar.

Los padres (tutores) y los estudiantes deben leer la Política de la Junta 6.235 y el Reglamento Administrativo 6.235R2, y deben autorizar anualmente el uso que hace un estudiante de este recurso.



## Autorización anual para el acceso a Internet y a la red electrónica

NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ I.D. DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_

ESCUELA \_\_\_\_\_ AÑO ESCOLAR: \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_

### Consentimiento del estudiante (o del padre a nombre del estudiante)

He leído y acataré el Reglamento Administrativo 6.235-R2 sobre el Uso de la Red Electrónica del Distrito por parte de los Estudiantes. Entiendo que el uso de Internet es un privilegio y este podría ser revocado en cualquier momento. También entiendo que si cometo cualquier infracción, mis privilegios de acceso podrían ser revocados, y la escuela podría imponer medidas disciplinarias y/o tomar las acciones legales adecuadas. En consideración al uso de la conexión a Internet del Distrito y el acceso a las redes públicas, por la presente eximo al Distrito 59 y a los miembros de la Junta de Educación, empleados y agentes de cualquier reclamación y daño derivados del uso que haga de Internet o mi imposibilidad de usar Internet.

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante (Por favor, escriba en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante (o padre en nombre del estudiante)

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Consentimiento del padre o tutor (requerido además del consentimiento del estudiante)

He leído esta Autorización para el Acceso a Internet y la Red Electrónica. Entiendo que el acceso está diseñado con fines educativos y que el Distrito ha tomado precauciones para eliminar cualquier material controversial. Sin embargo, también reconozco que es imposible para el Distrito restringir el acceso a todo el material inadecuado y controversial. Eximo de responsabilidad al Distrito 59 y a los miembros de la Junta de Educación, empleados y agentes por cualquier daño causado por materiales o software obtenidos a través de la red.

Acepto toda la responsabilidad por la supervisión de mi hijo(a) cuando el acceso ocurra fuera del entorno escolar. He discutido los términos de esta autorización con mi hijo(a). Por la presente, solicito que mi a hijo(a) se le permita el acceso a Internet y las redes electrónicas del Distrito.

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre o tutor (Por favor, escriba en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Por favor, devuelva este formulario al director de la escuela de su hijo(a).**



## **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](http://ccsd59.org/family-reference-guide/) at [ccsd59.org/family-reference-guide/](http://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



## Disponibilidad de las políticas y los procedimientos de disciplina estudiantil

NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ AÑO ESCOLAR \_\_\_\_\_

ESCUELA \_\_\_\_\_

### Relevo del padre/tutor

Se me ha informado que las políticas y los procedimientos de disciplina estudiantil están disponibles en línea, a través de la Guía de Referencia Familiar del Distrito 59, en <https://goo.gl/6QrPRk>, o mediante copia impresa a pedido mío. También se me ha informado que puedo obtener una copia en papel de este documento en la Oficina Administrativa del Distrito 59 o la escuela de mi estudiante.

Entiendo que mi responsabilidad parental es revisar estas políticas y procedimientos con mi estudiante. También entiendo que, si no puedo leer o entender estas políticas y procedimientos, se me proporcionará ayuda si me comunico con la Oficina Administrativa del Distrito 59 o la escuela de mi estudiante.

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha





## HOUSEHOLD INCOME ELIGIBILITY APPLICATION FOR EARLY CHILDHOOD PROGRAM

Complete this application by following instructions provided in the parent letter

<b>1. CHILDREN Pre-school child(ren) seeking enrollment</b>			<b>2. CATEGORICAL ELIGIBILITY OF FEDERAL PROGRAM</b> List each child's food stamp or temporary assistance for needy families (TANF) Case number, if any. Do not use Link Card. <b>After completing, skip to Number 5</b>					
(FIRST AND LAST NAME)	AGE		Food Stamp Case Number	or	TANF Case Number			
<b>3. Foster Child</b> <input type="checkbox"/> Check here if applying for a foster child. Complete a separate application for each foster child. A foster child who is the legal responsibility of the welfare agency/court and resides in your home is considered a household of one. List only the child's monthly personal use income. Write "0" if child has no personal use income. After completing, skip to Number 5. \$ _____								
<b>4. HOUSEHOLD MEMBERS AND MONTHLY INCOME</b> Do not complete this area if you gave a food stamp or TANF case number. List the names of everyone living in household, related or non-related. List all income received from the previous month on the same line with the person who received it. Self-employed individuals may list their income from IRS 1040, schedule C, if this reflects what they are earning now. After completing, go to Number 5.								
NAMES OF ALL HOUSEHOLD MEMBERS	Gross Monthly Earnings (Before Deductions)		Monthly Welfare Payments, Child Support, Alimony	Monthly Payments From: Pensions, Retirement, Social Security	Any Other Monthly Income: Worker's Compensation Strike or Unemployment Benefits	Other Cash Income From Savings, investments, Trusts, Other Resources		
	Job 1	Job 2						
1.	\$	\$	\$	\$	\$	\$		
2.	\$	\$	\$	\$	\$	\$		
3.	\$	\$	\$	\$	\$	\$		
4.	\$	\$	\$	\$	\$	\$		
5.	\$	\$	\$	\$	\$	\$		
6.	\$	\$	\$	\$	\$	\$		
7.	\$	\$	\$	\$	\$	\$		
8.	\$	\$	\$	\$	\$	\$		
*Net Income can be used for anyone self-employed as long as cost records are maintained.								
<b>5. SIGNATURE AND SOCIAL SECURITY NUMBER:</b> I certify that all of the above information is true and correct and that all income is reported. I understand that this information is being given for the receipt of state funds and that this information is subject to verification. Deliberate misrepresentation of the information may subject me to prosecution under applicable state and federal laws.								
_____ Date		_____ Printed name of Adult Household Member		_____ Signature of Adult Household Member		_____ Social Security Number		
_____ Work Phone Number		_____ Home Phone Number		_____ Home Address (Number, Street, City, State, Zip Code)				
<b>6. KIDCARE - CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM</b> KidCare offers affordable health insurance for children, and your child(ren) may qualify. We will share your application information with KidCare unless you do not want us to. If you DO NOT want us to share this information, sign here.  _____ Signature of Parent or Legal Guardian			Para uso de la oficina Office use only – eligibility determination- complete all three sections <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <b>SECTION 1</b>  <input type="checkbox"/> Food Stamp/TANF Household  <input type="checkbox"/> Income Household            Total Household Size: _____            Total Household Monthly Income \$ _____            Monthly Income Conversion Table:            Weekly Income x 4.33    Every 2 Weeks x 2.15            Twice a Month x 2        Annual Income - 12         </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <b>SECTION 2</b>  <input type="checkbox"/> Eligible  <input type="checkbox"/> Not Eligible             Until _____  <b>Date</b> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <b>SECTION 3</b>             _____            Effective Date of this Application             _____            Signature of Representative         </td> </tr> </table>			<b>SECTION 1</b> <input type="checkbox"/> Food Stamp/TANF Household <input type="checkbox"/> Income Household Total Household Size: _____ Total Household Monthly Income \$ _____ Monthly Income Conversion Table: Weekly Income x 4.33    Every 2 Weeks x 2.15 Twice a Month x 2        Annual Income - 12	<b>SECTION 2</b> <input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Not Eligible  Until _____ <b>Date</b>	<b>SECTION 3</b>  _____ Effective Date of this Application  _____ Signature of Representative
<b>SECTION 1</b> <input type="checkbox"/> Food Stamp/TANF Household <input type="checkbox"/> Income Household Total Household Size: _____ Total Household Monthly Income \$ _____ Monthly Income Conversion Table: Weekly Income x 4.33    Every 2 Weeks x 2.15 Twice a Month x 2        Annual Income - 12	<b>SECTION 2</b> <input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Not Eligible  Until _____ <b>Date</b>	<b>SECTION 3</b>  _____ Effective Date of this Application  _____ Signature of Representative						



## APLICACIÓN DE INGRESOS FAMILIARES PARA EL PROGRAMA DE "EARLY CHILDHOOD"

Complete esta aplicación siguiendo las instrucciones que se le proporcionan en la carta de padres

<b>1. Niños de edad pre-escolar tratando de registrarse</b>			<b>2. Elegibilidad para el Programa Federal. Enliste las estampillas o la asistencia temporal para familias con necesidad (TANF) Número de Caso, si lo tiene. No use la Tarjeta Link. Después de haber completado esta sección pase al paso # 5</b>			
Nombre y Apellidos	Edad		Estampillas de Comida Número de Caso	or	Número de Caso TANF	
<b>3. Niño de Crianza:</b> <input type="checkbox"/> Marque aquí si esta aplicando por un niño de crianza. Complete una aplicación por separado por cada niño de crianza. Un niño de crianza que reside en su hogar es la responsabilidad de la agencia gubernamental/corte, su hogar es considerado hogar de uno. Solamente anote la mensualidad del niño. Escriba un cero "0" si el niño no tiene ingresos personales. Después de haber completado, pase al paso # 5. \$ _____						
<b>4. Miembros del Hogar e Ingresos mensuales</b> No complete esta área si proporciono estampillas de comida o número de caso TANF. Ponga los nombres de todos los que viven en su casa, familiares o no familiares. Los individuos que trabajen por cuenta propia pueden anotar los ingresos del IRS 1040, "Schedule C" si esto refleja lo que están ganando actualmente, prosiga al número 5.						
Nombres de todas las personas que viven en el hogar	Ingresos Mensuales (gross) antes de deducciones		Pagos Mensuales de Welfare, Pensión de niño, Alimony	Pagos mensuales de Pensiones, Seguro Social	Cualquier otro Ingreso Mensual, Compensación, Huelga, Beneficios de Desempleo	Otros Ingresos como Cuenta de Ahorro, Inversiones, Consorcio
	1 Trabajo	2 Trabajo				
1.	\$	\$	\$	\$	\$	\$
2.	\$	\$	\$	\$	\$	\$
3.	\$	\$	\$	\$	\$	\$
4.	\$	\$	\$	\$	\$	\$
5.	\$	\$	\$	\$	\$	\$
6.	\$	\$	\$	\$	\$	\$
7.	\$	\$	\$	\$	\$	\$
8.	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Se pueden usar ingresos netos para cualquiera que trabaje por su propia cuenta mientras mantenga un archivo de sus costos.						
<b>5. Firma y Número de Seguro Social:</b> Yo garantizo que toda la información proporcionada es verdadera y correcta y que todos los ingresos están reportados. Yo entiendo que esta información se esta proporcionando para recibir fondos del estado y que esta información podrá ser verificada. Información falsa tendrá una consecuencia de persecución bajo las leyes estatales y federales.						
Fecha	Imprima el nombre de un Adulto Miembro de Hogar		Firma del Adulto Miem		Número de Seguro Social	
<b>6. Kidcare – Programa de Seguro de Salud Para Niños</b> KidCare ofrece salud médica a precios cómodos para los niños y su hijo puede calificar a este programa. Compartiremos su aplicación con KidCare al menos que usted no lo desee. Si usted no quiere que nosotros compartamos esta información firme en la siguiente línea.						
Firma del Padre o Tutor Legal _____			Para uso de la oficina Office use only – eligibility determination- complete all three sections			
			<b>SECTION 1</b> <input type="checkbox"/> Food Stamp/TANF Household <input type="checkbox"/> Income Household Total Household Size: _____ Total Household Monthly Income \$ _____ Monthly Income Conversion Table: Weekly Income x 4.33    Every 2 Weeks x 2.15 Twice a Month x 2        Annual Income - 12	<b>SECTION 2</b> <input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Not Eligible Until _____ Date	<b>SECTION 3</b> _____ Effective Date of this Application _____ Signature of Representative	



Dear Parent/Guardian,

Your son/daughter's school has been selected and will be participating in the Young Athletes program. This is a program that will take place at the Early Learning Center during motor time with their teacher. The Young Athletes program is a program offered free of charge through Special Olympics Illinois.

The Young Athletes program is an all-inclusive sports play program for children with and without intellectual disabilities. This program is designed to introduce all children ages 2-7 into the world of sports. Young Athletes will prove enormous benefits on multiple levels, allowing your child to improve physically, cognitively and socially.

This program is designed to address two specific levels of play. Level 1 includes physical activities focused on developing fundamental motor skills and eye-hand coordination. Level 2 concentrates on the application of these physical activities through a sports skills activity program and developing skills consistent with Special Olympics sports play. The activities will consist of foundational skills, walking & running, balance & jumping, trapping & catching, throwing, striking, kicking and advanced skills. I hope this program will also raise awareness of the Special Olympics program and serve as an introduction for you to the resources and support available within Special Olympics.

In the eyes of Special Olympics Illinois, this is a training program only; however, all students active in the Young Athletes program will participate in our Culminating Event. This event will be held at the Early Learning Center in the springtime. At this time, each student will receive a t-shirt and awards for their participation, followed by drinks and snacks for all our Young Athletes and their family members.

We are very excited about this program and your family's participation! Please complete and sign the attached permission form and return it to your child's teacher allowing them to participate in this program. **The permission form is due at the time of registration if you would like your child to participate in the Young Athletes program!** If you should have any questions about the program, would like to get further involved or have questions in regards to Special Olympics, please contact :  
Marlyn Orozco, Family Facilitator, at 847-472-3677 or [orozo.marlyn@ccsdCCSD59.org](mailto:orozo.marlyn@ccsdCCSD59.org).

Sincerely,

Marlyn Orozco, Family Facilitator

Young Athletes™ Registration Form (SO ILL Rev8-1-2014)

Special Olympics Illinois

605 E. Willow St., Normal, IL 61761-2682 | 309-888-2551



Athlete's Name: \_\_\_\_\_ Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_
(Last/Family) (First/Given) (Last/Family) (First/Given)

Address: \_\_\_\_\_ City, State, Zip: \_\_\_\_\_

Birth Date (MM/DD/YY): \_\_\_\_\_ Gender: \_\_\_ Male \_\_\_ Female

Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Secondary Contact Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Athlete T-Shirt Size: [ ] Child Small [ ] Child Medium [ ] Child Large [ ] Adult Small [ ] Adult Medium

Basic Health Information:

Heart Problems [ ] Yes [ ] No Blind [ ] Yes [ ] No

Diabetic [ ] Yes [ ] No Deaf [ ] Yes [ ] No

Epileptic/Seizure [ ] Yes [ ] No Hepatitis [ ] Yes [ ] No

Down Syndrome [ ] Yes [ ] No If yes, clear AAI: [ ] Yes [ ] No

Other: \_\_\_\_\_ Allergies: \_\_\_\_\_

Ethnicity: [ ] White [ ] African American [ ] Asian [ ] Hispanic/Latino [ ] Other: \_\_\_\_\_

Young Athlete is being registered as a: [ ] Traditional Young Athlete (with Intellectual Disability) [ ] Peer Partner (without Intellectual Disability)

Young Athletes Release Form

I am the parent/guardian of the minor participant, on whose behalf I have submitted the attached application for participation in Special Olympics. The participant has my permission to participate in Special Olympics activities. I further represent and warrant that to the best of my knowledge and belief, the participant is physically and mentally able to participate in Special Olympics.

In permitting the participant to participate, I am specifically granting my permission to Special Olympics to use the participant's likeness, voice and words in television, radio, film, newspapers, magazines and other media, and in any form, for the purpose of publicizing, promoting or communicating the purposes and activities of Special Olympics and/or applying for funds to support those purposes and activities. I also understand that group data collected from the Young Athletes Program will be used to plan, evaluate, and improve the program.

If a medical emergency should arise during the participant's participation in any Special Olympics activities, at a time when I am not personally present so as to be consulted regarding the participant's care, I hereby authorize Special Olympics, on my behalf, to take whatever measures are necessary to ensure that the participant is provided with any emergency medical treatment, including hospitalization, which Special Olympics deems advisable in order to protect the participant's health and well-being. (IF YOU HAVE RELIGIOUS OBJECTIONS TO RECEIVING SUCH MEDICAL TREATMENT, PLEASE CONTACT SPECIAL OLYMPICS ILLINOIS - MANAGER OF YOUNG ATHLETES).

I am the parent (guardian) of the participant named in this application. I have read and fully understand the provisions of the above release, and have explained these provisions to the participant. Through my signature on this release form, I am agreeing to the above provisions on my own behalf and on the behalf of the participant named above. I hereby give my permission for the participant named above to participate in Special Olympics games, recreation programs, and physical activity programs.

Signature of Parent/Guardian

Print Name

Date

Original parent/guardian signature is required by the office of Special Olympics Illinois. Form valid until individuals ninth birthday with continued participation.

Program Information (To Be Completed By Site Coordinator Only)

A program may have multiple sites. Site is defined as the specific location of the Young Athletes Activities. The Young Athlete site this child will attend is (select one of the following):

\_\_\_ A group site- Special Olympics Agency

\_\_\_ At home (implemented by you or a family member at home)

Agency Name: \_\_\_\_\_ Teacher Name: \_\_\_\_\_

School Name: \_\_\_\_\_

Class Time: \_\_\_ AM \_\_\_ PM \_\_\_ All Day

Agency SOAD/Site Coordinator \_\_\_\_\_

Queridos Padres,

La escuela de su hijo(a) estará participando en el programa de Jóvenes Atletas. Este es un programa que se estará llevándose a cabo en la escuela de su hijo(a) durante el horario escolar. El programa de Jóvenes Atletas es un programa se ofrece a través de Olimpiadas Especiales de Illinois.

El programa de Jóvenes Atletas es un programa de deportes con todo incluido para niños con y sin discapacidades intelectuales. Este programa está diseñado para introducir a los niños de 2-7 años en el mundo de los deportes. El programa de Jóvenes Atletas demostrará beneficios enormes en varios niveles a su hijo(a). Las actividades ayudarán a su hijo(a) a mejorar de desarrollo físico, cognitivo y social.

Este programa está diseñado para hacer frente a dos niveles específicos de juego. El nivel 1 incluye actividades físicas enfocadas en el desarrollo de habilidades motoras fundamentales y la coordinación ojo-mano. El nivel 2 se centra en la aplicación de estas actividades físicas a través de un programa de actividades deportivas y en desarrollo en consonancia con los deportes de Olimpiadas Especiales. Las actividades consistirán en habilidades básicas, caminar y correr, equilibrio y saltar, atrapar, lanzar, golpear, patear y habilidades avanzadas. Espero que este programa también levante la conciencia del programa de Olimpiadas Especiales y sirva como una introducción para usted a los recursos y el apoyo disponible dentro de Olimpiadas Especiales.

A los ojos de las Olimpiadas Especiales de Illinois, este es un programa solamente de entrenamiento. Sin embargo, todos los estudiantes activos en el programa de Jóvenes Atletas participarán en nuestro evento culminante. Este evento se llevará a cabo en el Early Learning Center en la primavera. En este momento, cada estudiante recibirá una camiseta y premios por su participación, seguido con bebidas y meriendas para todos nuestros Jóvenes Atletas y sus familias.

¡Estamos muy emocionados con este programa y la participación de su familia! Por favor, complete y firme el formulario de autorización adjunto y asegúrese de devolverlo a la maestra de su hijo(a) lo que les permite participar en este programa. **El formulario de permiso se debe a la escuela de su hijo(a) al momento de inscripción si desea que su hijo(a) participe en el programa de Jóvenes Atletas.** Si tiene alguna pregunta sobre el programa, le gustaría involucrarse más o si tiene preguntas sobre las Olimpiadas Especiales, por favor póngase en contacto con: Marlyn Orozco, Facilitadora de Familias al 847-472-3677 o [Orozco.marlyn@ccsd59.org](mailto:Orozco.marlyn@ccsd59.org).

Atentamente,

Marlyn Orozco  
Facilitadora de Familias

**Nombre de Atleta:** \_\_\_\_\_ **Nombre del Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_  
 (Apellido) (Nombre) (Apellido) (Nombre)

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_

**Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** Mes \_\_\_\_ Día \_\_\_\_ Año \_\_\_\_ **Sexo:**  Masculino  Femenino

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_ **Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

**Nombre de Contacto Secundario:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Talla de Camiseta del Atleta:**  Chico/Niño  Mediano/Niño  Grande/Niño  Chico/Adulto  Mediano/Adulto

**Información Básica de la Salud:**

Problema del Corazón  Si  No Ciego  Si  No

Diabetes  Si  No Sordo  Si  No

Epilepsia  Si  No Hepatitis  Si  No

Síndrome Down  Si  No Si dijo si → Claro AAI:  Si  No

Otro: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

**Étnica:**  Caucásico  Negro/Afroamericano  Asiático  Hispano/Latino

Otro: \_\_\_\_\_

El Joven Atleta está siendo registrado(a) como:  Joven Atleta Tradicional (Con discapacidad intelectual)

Joven Atleta Pareja (Sin discapacidad intelectual)

**Forma de Consentimiento**

Soy el padre/tutor del participante menor en nombre de quien estoy presentando esta aplicación para participar en las Olimpiadas Especiales. El participante tiene mi permiso para participar en las actividades de los Olimpiadas Especiales. Además yo represento y garantizo por mi conocimiento y creencia que el participante está físicamente y mentalmente capaz de participar en las Olimpiadas Especiales de Atletas Juveniles.

Permitiendo al participante de participar, yo garantizo mi permiso, para siempre, a las Olimpiadas Especiales de usar el nombre, su voz y sus palabras en la televisión, radio, videos, periódicos, revistas y otros medios de comunicación y en cualquier forma para el propósito de las actividades. Yo también entiendo que la información que se colecte de los Atletas Juveniles será usada para planear, evaluar y mejorar el programa.

Si sucede alguna emergencia médica durante la participación del participante en las actividades de las Olimpiadas Especiales, en el tiempo que yo no esté presente para ser consultado(a) en cuanto el cuidado a el participante, yo autorizo a las Olimpiadas Especiales en mi nombre de tomar cualquier acción para asegurarse que el participante se le dé el tratamiento médico necesario, incluyendo hospitalización, cual las Olimpiadas Especiales aconsejaría para proteger la salud y bienestar del participante. **(SI USTED TIENE ALGUNA OBJECCIÓN RELIGIOSA DE RECIBIR TRATAMIENTOS MÉDICOS, POR FAVOR PÓNGASE EN CONTACTO CON LAS OLIMPIADAS ESPECIALES DE ILLINOIS - GERENTE DE LOS ATLETAS JUVENILES)**

Yo soy el padre/tutor del participante cuyo nombre está en la aplicación. Yo he leído y he entendido las precauciones de la forma y he explicado estas precauciones al participante. Por medio de mi firma en esta forma, yo estoy de acuerdo de las precauciones anteriores en mi nombre y el nombre del participante. Yo le doy permiso al participante cual nombre esta arriba de participar en los juegos, programa de recreación y en el programa de actividades físicas.

**Firma del Padre/Tutor**

**Escriba su Nombre con Letra de Molde**

**Fecha**

**Se requiere la firma original de los padres/tutores para las Olimpiadas Especiales de Illinois.**

EL FORMULARIO ESTÁ VÁLIDO HASTA QUE LOS INDIVIDUOS CUMPLAN NUEVE AÑOS CON PARTICIPACIÓN CONTINUAD

**Program Information (To Be Completed By Site Coordinator Only)**

**A program may have multiple sites. Site is defined as the specific location of the Young Athletes Activities. The Young Athlete site this child will attend is (select one of the following):**

\_\_\_\_\_ A group site- Special Olympics Agency \_\_\_\_\_ At home (implemented by you or a family member at home)

Agency Name: \_\_\_\_\_ School Name: \_\_\_\_\_

Teacher Name: \_\_\_\_\_

Class Time: \_\_\_\_AM \_\_\_\_PM \_\_\_\_All Day Agency SOAD/Site Coordinator \_\_\_\_\_



# READYROSIE

Dear Parents,

Your school has purchased a web-based resource for families of 0-5 year olds involved in our programs called ReadyRosie. ReadyRosie is an online resource that delivers video-based emails and text messages in both English and Spanish to parents and caregivers. The ReadyRosie videos feature real families modeling quick activities that can be done at home to promote success in school! Learn more about ReadyRosie here: [readyrosie.com](http://readyrosie.com)

Each ReadyRosie video models an activity that you can do with your child to help them succeed academically! We know you will enjoy receiving the reminders and doing the activities with your child(ren).

*Register to receive your free videos here:*

How would you like to receive your ReadyRosie videos?

- Email
- Text message
- Both email and text message

What is your preferred language?

- English
- Spanish

\_\_\_\_\_  
PARENT FIRST NAME

\_\_\_\_\_  
PARENT LAST NAME

\_\_\_\_\_  
EMAIL

\_\_\_\_\_  
CELL PHONE

\_\_\_\_\_  
CHILD NAME

***Thanks for your time and thanks for your attention to this exciting opportunity! Please return this form to your teacher.***



# READYROSIE

Queridos Padres,

Su escuela ha comprado un recurso basado en la red para las familias con niños de edades 0-5, llamado ReadyRosie. ReadyRosie es un recurso en línea que manda correos electrónicos con videos en inglés y español a los padres y cuidadores de niños. Los videos de ReadyRosie presentan familias verdaderas modelando actividades rápidas que se pueden hacer en casa para promover el éxito en la escuela. Aprenda más sobre ReadyRosie aquí: [readyrosie.com](http://readyrosie.com)

Cada video de ReadyRosie modela una actividad que pueda hacer con su niño para ayudarles a triunfar académicamente. Sabemos que disfrutará recibir las notificaciones diarias y hacer las actividades con su(s) niño(s).

*Registrarse para recibir sus videos gratis aquí:*

**¿Cómo le gustaría recibir sus videos ReadyRosie?**

- Correo electrónico
- Mensajes de texto
- Correo electrónico Y Mensajes de texto

**¿Idioma preferido?**

- Inglés
- Español

\_\_\_\_\_  
**PRIMER NOMBRE DEL PADRE/MADRE**

\_\_\_\_\_  
**APELLIDO DEL PADRE/MADRE**

\_\_\_\_\_  
**CORREO ELECTRÓNICO**

\_\_\_\_\_  
**NÚMERO CELULAR**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE DEL NIÑO**

***¡Gracias por su tiempo y gracias por su atención a esta emocionante oportunidad!  
Por favor, devuelva esta forma a su maestro.***