



COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59

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

PARENT/GUARDIAN VERIFICATION OF STUDENT RESIDENCE

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

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

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

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

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

Student Name:		School Name:	
----------------------	--	---------------------	--

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

Category A: One (1) Document Required	Category B: Two (2) Documents Required		Military Personnel must provide one of the following within 60 days after the date of student's initial enrollment:
<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	
IMPORTANT: 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 _____	

Category C: None of the Documents in Categories A & B are Applicable Because:	<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)

WERYFIKACJA MIEJSCA ZAMIESZKANIA UCZNIĄ PRZEZ RODZICA/OPIEKUNA

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

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

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

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

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

Nazwisko ucznia:	Nazwa szkoły:
-------------------------	----------------------

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

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

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

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

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

Residency Materials Received By:	<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.

Student Other ID:	Student State ID:	School:	Pre-School:	Kindergarten:	Grade:
			<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	

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

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



NOWY FORMULARZ REJESTRACJI I KONTAKTU W RAZIE SYTUACJI AWARYJNEJ – CCSD59

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

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

Nazwisko ucznia:		Imię ucznia:		Drugie imię ucznia		Data urodzenia	___/___/___
						Płeć(Gender)	<input type="checkbox"/> Mężczyzn <input type="checkbox"/> Kobieta
Nazwa ulicy:				Apartament / Działka / Numer mieszkania			
Miejscowość i kod adresowy				kompleks nazwę:			
Główny numer telefonu				Czy uczeń chodził do szkoły należącej do Dystryktu 59 już wcześniej?:		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Data rozpoczęcia nauki w US przez ucznia::		Nazwa stanu i szkoły, do której uczeń chodził poprzednio		Czy twoje dziecko korzysta ze specjalnego typu usług		Jeśli tak, w której szkole (-ach) w Dystrykcie 59 i w którym roku (latach)?	
(Miesiąc / Rok) ___ / _____				<input type="checkbox"/> Dwujęzyczna <input type="checkbox"/> ESL <input type="checkbox"/> Edukacja specjalna: <input type="checkbox"/> Inne			
Kraj urodzenia:		9-cyfrowy numer Medicaid:		(Dobrowolne & Niewymagane) Informacja o służbie wojskowej:		<input type="checkbox"/> Jestem członkiem United States Armed Forces	
Stan (województwo) urodzenia:						<input type="checkbox"/> Jestem żołnierzem w służbie czynnej / oczekującym na powołanie do służby czynnej w czasie trwania roku szkolnego	
Miejsce urodzenia:							

Informacja dotycząca prawnego opiekuna dziecka – rodzica / opiekuna

Godność:	Imię	Nazwisko	Telefon do pracy i telefon wewnętrzny	Telefon komórkowy
Stopień pokrewieństwa z uczniem:	<input type="checkbox"/> Ojciec <input type="checkbox"/> Matka <input type="checkbox"/> Ojczym <input type="checkbox"/> Macocha <input type="checkbox"/> Opiekun		Adres mailowy	
Preferencje językowe:	<input type="checkbox"/> Angielski <input type="checkbox"/> Hiszpański <input type="checkbox"/> Poliski <input type="checkbox"/> Gudżarati <input type="checkbox"/> Inne: _____		Opieka z urzędu:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Title:	First Name:	Last Name:	Telefon do pracy i telefon wewnętrzny	Telefon komórkowy
Stopień pokrewieństwa z uczniem:	<input type="checkbox"/> Ojciec <input type="checkbox"/> Matka <input type="checkbox"/> Ojczym <input type="checkbox"/> Macocha <input type="checkbox"/> Opiekun		Adres mailowy	
Preferencje językowe:	<input type="checkbox"/> Angielski <input type="checkbox"/> Hiszpański <input type="checkbox"/> Poliski <input type="checkbox"/> Gudżarati <input type="checkbox"/> Inne: _____		Opieka z urzędu:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
			Mieszka z:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Do użytku wewnętrznego

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

Osoba miejscowa, którą należy powiadomić w sytuacji AWARYJNEJ, jeśli kontakt z rodzicami/opiekunami jest niemożliwy - Wymień co najmniej dwie (2) osoby

	Imiona i nazwiska:	Pokrewieństwo:	Używany język:	Numer telefonu:
1				
2				
3				
4				

Wymień CAŁE pozostałe rodzeństwo ucznia (brata/-ci lub siostrę/-y z najbliższej rodziny, którzy uczęszczają do szkoły należącej do Dystryktu 59

	Imię:	Nazwisko:	Nazwa szkoły, do której uczęszczają:	Klasa::	Wiek::
1					
2					
3					
4					
5					

Nazwisko rodzica/opiekuna (proszę napisać drukowanymi literami):

Podpis rodzica/opiekuna:

Data:

--	--	--



PERMANENT BIRTH RECORD

Dear Parent/Guardian:

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

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

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

Student's Last Name	First	Middle	Date of Birth
---------------------	-------	--------	---------------

Place of Birth (City, State, Country)_____

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

- Birth Certificate State _____
Number _____
- Passport Country _____
Number _____
- Visa Country _____
Number _____
- Other _____

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

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

(for office use only)

Documentation Requirement: Met Not Met

Verified by: _____ School _____ Date _____

**COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59**

2123 S. Arlington Heights Rd. | Arlington Heights, IL 60005

Phone: 847-593-4300 | Fax: 847-593-4352

ORYGINALNY AKT URODZENIA (PERMANENT BIRTH RECORD)

Drogi Rodzicu/Opiekunie:

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

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

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

Nazwisko ucznia	Imię	Drugie imię	Data ur.
-----------------	------	-------------	----------

Miejsce urodzenia (miejscowość, stan, kraj)

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

- Akt urodzenia Stan _____
Numer _____
- Paszport Kraj _____
Numer _____
- Wisa Kraj _____
Numer _____
- Inne _____

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

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

(for office use only)Documentation Requirement: Met Not Met

Verified by: _____ School _____ 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
U.S. Department of Education Race and Ethnicity Data Standards

FORMULARZ GROMADZONYCH DANYCH

Nazwisko ucznia: _____ Szkoła _____

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

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

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

Wybierz tylko jedną opcję:

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

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

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

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

Podpis rodzica/opiekuna

Data



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

**STATUS OF PHYSICAL & IMMUNIZATION RECORDS
FOR INCOMING STUDENTS**

Date: _____

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

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

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

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

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

Sincerely,

School Nurse/Health Care Assistant

Parent/Guardian Completes This Section

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

Previous School of Attendance: _____

Address of Previous School _____

Signature of Parent/Guardian _____



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

INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA I SZCZEPIEŃ PRZYSZŁYCH UCZNIÓW

Data: _____

Droży Rodzice/Opiekunowie ucznia _____
Zgodnie z zarządzeniem Dystryktu 59, uczniowie, którzy rozpoczynają naukę w Dystrykcie 59, mają 30 dni na przedstawienie dokumentacji dotyczącej aktualnych badań zdrowotnych i wymaganych szczepień.

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

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

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

Z poważaniem,

Szkolna pielęgniarka/Asystent d/s zdrowia

Tę część wypełnia rodzic/opiekun

Rozumiem, że aktualne zaświadczenie o badaniu lekarskim (i bilansie szczepień) mojego dziecka muszę dostarczyć do szkoły

_____ w ciągu 30 dni od daty zapisania się do szkoły. Niespełnienie tego wymogu w ciągu 30-dniowego okresu czasu spowoduje wydalenie ze szkoły.

Poprzednia szkoła, do której uczeń uczęszczał: _____

Adres poprzedniej szkoły: _____

Podpis rodzica/opiekuna _____



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.



ROCZNA ANKIETA ZDROWIA UCZNI
20 __ - 20 __ ROK SZKOLNY

Uczeń: _____ Data urodzenia: _____

(Nazwisko) (Imię)
Klasa _____ Płeć _____ Szkoła _____

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

Objaśnienia: _____

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

Objaśnienia: _____

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

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

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

Objaśnienia: _____

Informacje o lekarzu, z którym należy się kontaktować

Nazwisko lekarza: _____ Telefon: _____

Nazwa przychodni lekarskiej: _____

Adres lekarza: _____

Nazwisko rodzica (opiekuna) (drukowanymi literami): _____

Podpis rodzica (opiekuna) _____ Data _____



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: _____



Transportation Request Form

School Year 20__ - 20__

INSTRUKCJA DLA RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW: Proszę wypełnić ten formularz TYLKO wtedy, gdy wymagane miejsce odbioru lub pozostawienia ucznia jest INNE, niż przystanek zlokalizowany najbliższej twojego adresu domowego lub jeśli nie wymagasz odwożenia lub dowożenia dziecka. Jeśli formularz nie został wypełniony, lokalizacja miejsca odbioru i dowozu dziecka zostanie ustalona najbliżej twojego domowego adresu.

Wszelkie zmiany wymagają minimum 3-dniowego wyprzedzenia; dokonanie zmian na początku roku szkolnego wymaga 2-tygodniowego wypowiedzenia. Podane poniżej instrukcje pozostaną niezmienione przez cały okres świadczonej usługi i nie mogą być zmienione bez dodatkowego pisemnego zezwolenia.

Podpisany formularz dostarcz do CCSD59 Transportation Dept., 2123 S. Arlington Heights Rd, Arlington Heights, IL 60005 lub przefaksuj na numer 847-593-4410. Jeśli masz pytania, dzwoń do nas pod numer 847-593-4379.

Ten wniosek jest składany na następujący rozkład jazdy Dystryktu 59: [] Typowy rok szkolny [] Szkoła letnia, Nazwa (określ): _____

Nazwisko ucznia (Proszę drukowanymi): _____ Nazwa szkoły: _____

Klasa: _____ Zerówka/przedszkole: [] Program całodniowy [] Program poranny [] Program popołudniowy

Adres domowy: _____ Miejscowość: _____ Kod: _____

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

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

Informacje dotyczące wsiadania

- [] Informacje dotyczące wsiadania
[] Nie potrzebujemy, rodzice będą dowozić dziecko do szkoły
Adres tego miejsca: _____
Miejscowość i kod: _____
Numer telefonu tego miejsca: _____
Relacje z uczniem: _____

Informacje dotyczące wysiadania

- [] Informacje dotyczące wsiadania
[] Nie potrzebujemy, rodzice będą dowozić dziecko do szkoły
Adres tego miejsca: _____
Miejscowość i kod: _____
Numer telefonu tego miejsca: _____
Relacje z uczniem: _____

Podpis Rodzica/Opiekuna: _____ Data: _____

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.



Uczniowie

Pokazywanie - korzystanie z fotografii lub nagrań video przedstawiających ucznia

Nazwisko ucznia _____ Rok szk. _____

Fotografie, nagrania video i zdjęcia cyfrowe ucznia

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

Wniosek o wyłączenie dziecka z publikacji informacji katalogowych szkoły

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

Nazwisko rodzica/opiekuna _____

Podpis rodzica/opiekuna _____ Data _____

Zdjęcia uczniów wykonane przez agencje pozaszkolne

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



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



Roczne zezwolenie na korzystanie z Internetu i dostęp do sieci elektronicznej

WPROWADZENIE

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

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

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



Roczne zezwolenie na korzystanie z Internetu i dostęp sieci elektronicznej

NAZWISKO UCZNIĄ _____ ID UCZNIĄ _____

SZKOŁA _____ ROK SZKOLNY: _____ KLASA _____

Oświadczenie ucznia (lub rodzica w imieniu ucznia)

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

Nazwisko ucznia (Proszę drukowanymi)

Podpis ucznia (lub podpis rodzica w imieniu ucznia)

Data

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

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

Nazwisko rodzica/opiekuna (Proszę drukowanymi)

Podpis rodzica/opiekuna

Data



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/ 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



Udostępnienie procedur i zasad dotyczących dyscypliny uczniów

NAZWISKO UCZNIWA _____ ROK SZKOLNY _____

SZKOŁA _____

Oświadczenie rodzica/opiekuna

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

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

Nazwisko Rodzica/Opiekuna (Proszę drukowanymi)

Podpis Rodzica/Opiekuna

Data



Elementary School Fee Payment Form - 2018/2019 School Year

PLEASE READ THE IMPORTANT FOLLOWING INFORMATION:

Only Required Fees will be waived for families who have qualified for a Waiver of School Fees. Please reference Board Policy 4:140 and Administrative Procedures 4140AP and 4140-E2 for specific information. Optional School Fees cannot be waived. Consequences are applicable for non-payment of fees. Refunds are issued on a semester basis if student is enrolled for less than 10 days.

Please list each student who attends this school	Child 1			Child 2			Child 3		
	Student Name								
	Student I.D. Number								
	Grade								
Required School Fees	Instructional Materials Fee - All Grades	Required	\$55.00						
	TOTAL DUE \$								

Returned checks will be assessed a \$25 fee. When you provide a check as payment, you authorize us either to use information from your check to make a one-time electronic fund transfer from your account or to process the payment as a check transaction. When we use information from your check to make an electronic funds transfer, funds may be withdrawn from your account as soon as the same day your payment is received, and you will not receive your check back from your financial institution. Call 847-593-4348 if you have questions about electronic check collection or do not want your payments collected electronically.

OFFICE USE ONLY	Cash _____
School: _____	Check _____
	Check # _____



Formularz opłat w szkołach podstawowych w roku szkolnym 2018/2019

PROSZĘ PRZECZYTAĆ NASTĘPUJĄCĄ WAŻNĄ INFORMACJĘ:

Wymagana opłata będzie zniesiona jedynie dla rodzin, które kwalifikują się do zwolnienia z opłat szkolnych. Proszę sprawdzić Board Policy 4:140 oraz Administrative Procedures 4140AP i 4140-E2, by poznać szczegóły. Opcjonalne szkolne opłaty nie mogą być zniesione. W przypadku uchylania się od opłat, będą wyciągnięte konsekwencje. Zwrot opłat za dany semestr nastąpi wtedy, gdy uczeń będzie uczęszczał do szkoły przez mniej niż 10 dni.

		Dziecko 1	Dziecko 2	Dziecko 3
Proszę wymienić każdego ucznia, który uczęszcza do szkoły		Nazwisko ucznia		
		Numer I.D. ucznia		
		Klasa		
Wymagane opłaty szkolne	Opłata za materiały instruktażowe	Wymagane		
		\$55.00		
		RAZEM \$		

Do czeków bez pokrycia będzie dodana opłata 25 \$. Gdy używasz czeku jako formy zapłaty, upoważniasz nas do użycia informacji z twojego czeku do zrobienia jednorazowego elektronicznego przekazu z twojego konta lub dokonania zapłaty jako transakcji czekowej. Kiedy używamy informacji z twojego czeku do dokonania elektronicznego przekazu funduszy, fundusze mogą być pobrane z twojego konta jeszcze w tym samym dniu, kiedy otrzymaliśmy twój czek i nie otrzymacie waszego czeku z powrotem z waszego banku. Dzwoni pod numer 847-593-4348, jeśli masz pytania dotyczące zasad realizacji czeku elektronicznego lub jeśli nie chcesz, aby twoje opłaty były pobierane elektronicznie.

OFFICE USE ONLY

Cash _____
Check _____
School: _____
Check # _____