



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)

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: UNO (1) de los siguientes documentos	Categoría B: DOS (2) de los siguientes documentos		El personal militar debe proporcionar uno (1) de los documentos indicados 60 días después de registrar a el estudiante:
<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
IMPORTANTE: El Distrito 59 reserva el derecho de evaluar la evidencia presente y simplemente presentar los elementos enumerados a continuación no garantiza la admisión.	<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 _____	

Categoría C – Ninguno de los documentos en la Categoría A o B son aplicables porque:	<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.

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 <input type="checkbox"/> I am on active duty / expected to be deployed to active duty during the school year		
State of Birth:							
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:



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.

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

Información del Padre / Tutor

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

Office Use Only

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



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:

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| 2. Durante los últimos 12 meses, este niño: | SÍ | NO |
| Ha sido hospitalizado (incluyendo cirugías) | ___ | ___ |
| Ha recibido lesiones graves | ___ | ___ |

Explique:

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| 3. ¿Este niño toma medicamentos regularmente? | SÍ | NO |
| | ___ | ___ |

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.)

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| 4. ¿Existen otros problemas de salud que el maestro y/o enfermera deban conocer? | SÍ | NO |
| | ___ | ___ |

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: _____



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/ 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



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.

		Child 1			Child 2			Child 3		
		Student Name								
Please list each student who attends this school		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 # _____



Formulario de Pago de Cuotas Escolares de Escuelas Primarias - Año Escolar 2018/2019

POR FAVOR, LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE QUE APARECE A CONTINUACIÓN:

Solo se eximirá del pago de las Cuotas Requeridas a las familias que sean elegibles para una Exención de Cuotas Escolares. Por favor, refiérase a la Política de la Junta 4:140 y los Reglamentos Administrativos 4140AP y 4140-E2 para información específica. Las Cuotas Escolares Opcionales no se pueden eximir. Se aplicarán consecuencias por falta de pago de las cuotas. Los reembolsos se emiten por semestre si el estudiante está inscrito menos de 10 días.

Por favor, indique cada estudiante que asiste a esta escuela.	Estudiante 1		Estudiante 2		Estudiante 3	
	Nombre del estudiante					
Número de identificación						
Grado						
Cuotas escolares requeridas	Cuota de materiales de enseñanza - Todos los grados	Requerida	\$55.00			
		TOTAL A PAGAR		\$		

Los cheques devueltos tendrán un cargo de \$25. Al pagar con cheque, usted nos autoriza a utilizar la información del cheque para hacer una transferencia electrónica de fondos desde su cuenta o a procesar el pago como una transacción de cheque. Cuando usamos la información de su cheque para hacer una transferencia electrónica de fondos, los fondos pueden ser retirados de su cuenta tan pronto como el mismo día en que se recibió el pago y usted no recibirá el cheque de vuelta de su institución financiera. Llame al (847) 593-4348 si tiene preguntas acerca del cobro de cheques electrónicos o si no desea que sus pagos sean cobrados electrónicamente.

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