



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

**PG 1 OF 2**

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

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

| Form #        | Form Name                                                | ELC                                                                       | K | 1 - 5 | JH |
|---------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---|-------|----|
| SR-13 OR SR-5 | Verification of Student Residence and Copies of 3 Proofs |                                                                           |   |       |    |
| SR-39         | New Student Registration/Emergency Contact               |                                                                           |   |       |    |
| SR-11         | Permanent Birth Record and Birth Certificate             |                                                                           |   |       |    |
| SR-12         | Home Language Survey*** (completed only once)            |                                                                           |   |       |    |
| SR-36         | Data Collection Form                                     |                                                                           |   |       |    |
| H-29          | Status of Physical/Immunization Records                  |                                                                           |   |       |    |
| H-103         | Annual Student Health Form                               |                                                                           |   |       |    |
| H-115A        | Parent Consent for Athletics/Proof of Medical Insurance  |                                                                           |   |       |    |
| T-42          | Transportation Request Form                              |                                                                           |   |       |    |
| SR-37         | Student Photo Permission Form                            |                                                                           |   |       |    |
| SR-38A/B      | Annual Authorization for Internet Access                 |                                                                           |   |       |    |
| SR-42         | Discipline Policy Agreement Form                         |                                                                           |   |       |    |
| None          | Fees Form (for applicable grade only)                    |                                                                           |   |       |    |
| ILC-3         | CCSD59 Student Device Protection Plan Form (JHS)         |                                                                           |   |       |    |
| SR-9          | Request for Student Records                              |                                                                           |   |       |    |
| EC-6          | Household Income Eligibility App for ECE Program         |                                                                           |   |       |    |
| None          | Young Athletes Permission Form                           |                                                                           |   |       |    |
| ILC-1         | Google Apps for Education Permission Form                | Will not be included in 18-19 spring packets- distribute upon start of SY |   |       |    |
| ILC-2         | Student Device Responsible Use Form                      |                                                                           |   |       |    |

Forms due later:

| Form #      | Form Name                                                                                           | ELC | K | 1 - 5 | JH |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|-------|----|
| H-11        | IL Dept of Health Dental Exam Form                                                                  |     |   |       |    |
| H-67        | State of IL Eye Exam Report                                                                         |     |   |       |    |
| IL-444-4737 | State of IL Cert of Child Health Exam                                                               |     |   |       |    |
| ILC-3       | Student Device Protection Plan (optional)<br>Distributed at start of SY for grades K-5 for SY 18-19 |     |   |       |    |

\*\*\*Home Language (SR-12 form): If another language besides English is spoken, enter student on state database check.

If required, enter date and time of testing appt: \_\_\_\_\_

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

Did child attend ELC? ☐ Yes ☐ No

Does child have an IEP or Special Needs? ☐ Yes ☐ No

If yes, date requested and name of organization:

\_\_\_\_\_

Does parent qualify for Free/Reduced Meals? ☐ Yes ☐ No

Is parent interested in Dual Language Program? ☐ Yes ☐ No

Is parent interested in Ridge (Choice)? ☐ Yes ☐ No

Additional Notes or Follow-Up Needed:

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



COMMUNITY CONSOLIDATED  
SCHOOL DISTRICT 59

We welcome you and your child to the Community Consolidated School District 59 kindergarten program. We recognize that this is an exciting time in your child's life, and we feel fortunate to contribute to the development of these formative years. Our program will have a strong literacy and social emotional emphasis and a focus on 21st century teaching and learning. As you will see, kindergarten will build a foundation for social, emotional, physical, and intellectual growth for your child.

Preparing students to be successful for life is a primary goal and focus in CCSD59. Kindergarten teachers in Community Consolidated School District 59 are well trained in early education; they know, understand and apply best practice training in order to meet the needs of young children. Your child's teacher will create a warm, caring atmosphere that will be conducive to learning.

The following information will answer questions you might have and to help prepare you and your child for a successful entry to CCSD59. We hope you find this resource to be helpful as you become acquainted with our kindergarten program. If you have other questions, please feel free to contact your child's principal or teacher.

Yours for better schools,

Dr. Art Fessler  
Superintendent



Witamy Ciebie i Twoje dziecko w programie przedszkolnym Zjednoczonej Społeczności Szkolnej Dystryktu 59. Wiemy, że jest to ważny okres w życiu Twojego dziecka i jesteśmy szczęśliwi, że będzie nam dane uczestniczyć w tym etapie rozwoju jego dzieciństwa. Nasz program będzie kładł duży nacisk na naukę pisania i czytania, zachowania społeczne i emocjonalne oraz będzie się koncentrował na nauczaniu i uczeniu się na miarę 21. wieku. Jak będziecie mieli okazję się przekonać, przedszkole będzie tworzyć bazę dla emocjonalnego, społecznego, fizycznego i intelektualnego rozwoju Waszego dziecka.

Przygotowanie uczniów do odnoszenia w życiu sukcesów jest głównym zadaniem i celem Dystryktu 59. Nauczyciele wychowania przedszkolnego w Community Consolidated School District 59 są dobrze przygotowani w zakresie wczesnej edukacji; wiedzą, rozumieją i stosują najlepsze metody nauczania, by zaspokoić potrzeby małych dzieci. Nauczyciel Twojego dziecka stworzy ciepłą, opiekuńczą atmosferę, która będzie sprzyjać nauce.

Poniższe informacje odpowiedzą na Państwa pytania i pomogą Wam i Waszemu dziecku przygotować się do spokojnego odnalezienia się w CCSD59. Mamy nadzieję, że podane przez nas informacje okażą się pomocne, gdy będziecie się zapoznawać z naszym programem przedszkolnym. Jeśli macie jakiegokolwiek pytania, prosimy o kontakt z dyrektorem lub nauczycielem dziecka .

Oddany Wam i lepszym szkołom,

Dr. Art Fessler



# Welcome to Kindergarten

Please mark your calendars with these  
important start of school dates\*

\*For traditional calendar students only - does not pertain to students  
on balanced calendar (Ridge)

## Wednesday, August 15, 2018

- Students and parents will be invited to attend a short orientation session that is designed to help acquaint you to the school, teacher, and classroom
  - Schedule information will be sent directly to families
  - Parents will be able to bring school supplies to the orientation session

## Thursday, August 16, 2018

- First day of school for kindergarten - regular full day schedule





# Witamy w Zerówce

Proszę, zaznacz w swoim kalendarzu te ważne daty dotyczące rozpoczęcia roku szkolnego\*

\*Tylko dla uczniów uczęszczających według tradycyjnego kalendarza  
- nie dotyczy uczniów zrównoważonego kalendarza (Ridge)

## Środa, 15 sierpnia, 2018

- Uczniowie i rodzice będą zaproszeni do uczestniczenia w krótkim spotkaniu orientacyjnym, którego intencją jest pomóc Wam w zapoznaniu się ze szkołą, z nauczycielem i klasą
  - Plany rozkładu zajęć będą wysyłane bezpośrednio do rodzin
  - Na spotkanie orientacyjne rodzice będą mogli przynieść ze sobą przybory szkolne

## Czwartek, 16 sierpnia, 2018

- Pierwszy dzień nauki w Zerówce - regularny, całodniowy program zajęć



## **IMPORTANT INFORMATION ABOUT REGISTERING YOUR STUDENT**

The enrollment of your student is not final until all required paperwork has been completed. You will be contacted by your assigned school if your paperwork or information is incomplete. Therefore, it is important your contact information is accurate and is kept current.

*Remember:* Only students who are residents of the District may attend a District 59 school without a tuition charge, except as otherwise provided by law. A student's residence is the same as the person who has legal custody of the student.

Please be advised, Board of Education Policy authorizes verification and investigation of residency for new students and returning 3rd and 6th graders, which includes the services of a private investigation service.

We encourage you to become familiar with District 59 and our schools by visiting our website at [www.ccsd59.org](http://www.ccsd59.org) or contacting your school.

**Brentwood School** (847) 593-4401  
260 Dulles Rd, Des Plaines

**Admiral Byrd School** (847) 593-4388  
265 Wellington Ave, Elk Grove Village

**Clearmont School** (847) 593-4372  
280 Clearmont Dr, Elk Grove Village

**Devonshire School** (847) 593-4398  
1401 S. Pennsylvania Ave, Des Plaines

**Early Learning Center** (847) 593-4306  
1900 Lonnquist Blvd, Mt. Prospect

**Forest View School** (847) 593-4359  
1901 Estates Dr, Mt. Prospect

**Robert Frost School** (847) 593-4378  
1308 Cypress Dr, Mt. Prospect

**John Jay School** (847) 593-4385  
1835 Pheasant Trail, Mt. Prospect

**Juliette Low School** (847) 593-4383  
1530 Highland Ave, Arlington Hts

**Ridge Family Center for Learning** (847) 593-4070  
650 Ridge Ave, Elk Grove Village

**Rupley School** (847) 593-4353  
305 East Oakton St, Elk Grove Village

**Salt Creek School** (847) 593-4375  
65 Kennedy Blvd, Elk Grove Village

**Friendship Jr. High** (847) 593-4350  
550 Elizabeth Ln, Des Plaines

**Grove Jr. High** (847) 593-4367  
777 Elk Grove Blvd, Elk Grove Village

**Holmes Jr. High** (847) 593-4390  
1900 Lonnquist Blvd, Mt. Prospect

## **WAŻNE INFORMACJE DOTYCZĄCE REJESTRACJI WASZEGO UCZNIA**

Zapisanie waszego ucznia do szkoły nie jest zakończone, dopóki cała dokumentacja nie będzie skompletowana. Szkoła, do której wasz uczeń zamierza uczęszczać, skontaktuje się z wami, jeżeli dokumenty lub informacje nie będą kompletne. Dlatego jest ważne, aby twoje dane kontaktowe były dokładne i aktualne.

*Pamiętajcie:* Tylko uczniowie, którzy są rezydentami Dystryktu mogą uczęszczać do szkół Dystryktu 59 bezpłatnie, chyba że prawo nakazuje inaczej. Miejsce/adres zamieszkania ucznia musi być taki sam, jak osoby, która jest opiekunem prawnym ucznia.

Informujemy, że Zarządzenie Rady Edukacyjnej (Board of Education Policy) daje prawo weryfikacji i sprawdzenia miejsca zamieszkania dla uczniów nowych i powracających uczniów klas 3-ej i 6-ej., także poprzez skorzystanie z usług prywatnej agencji dochodzeniowej.

Zachęcamy Was, byście zapoznali się z naszym Dystryktem 59 i naszymi szkołami, odwiedzając naszą stronę internetową [www.ccsd59.org](http://www.ccsd59.org) lub kontaktując się ze swoją szkołą.

**Brentwood School** (847) 593-4401  
260 Dulles Rd, Des Plaines

**Admiral Byrd School** (847) 593-4388  
265 Wellington Ave, Elk Grove Village

**Clearmont School** (847) 593-4372  
280 Clearmont Dr, Elk Grove Village

**Devonshire School** (847) 593-4398  
1401 S. Pennsylvania Ave, Des Plaines

**Early Learning Center** (847) 593-4306  
1900 Lonnquist Blvd, Mt. Prospect

**Forest View School** (847) 593-4359  
1901 Estates Dr, Mt. Prospect

**Robert Frost School** (847) 593-4378  
1308 Cypress Dr, Mt. Prospect

**John Jay School** (847) 593-4385  
1835 Pheasant Trail, Mt. Prospect

**Juliette Low School** (847) 593-4383  
1530 Highland Ave, Arlington Hts

**Ridge Family Center for Learning** (847) 593-4070  
650 Ridge Ave, Elk Grove Village

**Rupley School** (847) 593-4353  
305 East Oakton St, Elk Grove Village

**Salt Creek School** (847) 593-4375  
65 Kennedy Blvd, Elk Grove Village

**Friendship Jr. High** (847) 593-4350  
550 Elizabeth Ln, Des Plaines

**Grove Jr. High** (847) 593-4367  
777 Elk Grove Blvd, Elk Grove Village

**Holmes Jr. High** (847) 593-4390  
1900 Lonnquist Blvd, Mt. Prospect



## Kindergarten Registration - Frequently Asked Questions

### ***Community Consolidated School District 59 offers the following kindergarten programs:***

- o School District 59 offers full-day kindergarten programs at all elementary schools.
- o While we fully expect all students to attend their home school, if enrollment at any individual site exceeds space available in that particular school, some kindergarten students may be assigned to one of the other local school sites. This would be for the kindergarten year only, with the student returning to his/her home school for 1st Grade.
- o Parents still have the option of choosing a half-day (AM) program at their home school. Half-day programs are not available in the District Choice Programs (see below).

### ***At what age is my child eligible to attend kindergarten?***

- o In accordance with Illinois School Code guidelines, your child must be 5 years old on or before September 1st to be eligible for kindergarten.
- o You will need to provide an original, official government issued (not a hospital issued) birth certificate or passport as required by Illinois law (325 ILCS 50/5, Missing Children's Record Act).

### ***Can my child go to any school in District 59?***

- o All residents in District 59 are assigned to a school based on established boundaries.
- o Some programs, such as the English Language Learner Program or Educational Life Skills Program, are only available at specific sites. Parents should still register their child at their assigned school or the Administration Center.
- o District 59 offers two Choice Programs. One is the school choice program at the Ridge Family Center for Learning which operates on the balanced calendar. The other is the Spanish Two-way Dual Language program with locations at Salt Creek, Juliette Low, and John Jay. The Spanish Two-way Dual Language programs operate on the traditional school calendar. Students attending Choice Programs receive transportation to the choice site, provided they are eligible for transportation.

### ***How can I find out more about the Choice Programs?***

- o Information about the choice programs, including application instructions, is available in all elementary school offices and on the district website.
- o Applications for the Two-way Dual Language and Ridge Family Center for Learning Choice Programs are due on March 14. If the number of applicants on March 14 exceeds the space available in the program then a lottery will be held on March 16. If space remains after March 16, the application process will be ongoing.
- o Parents who wish to apply for the Two-way Dual Language Choice Program should go to their home school to register. Parents who wish to apply for the Ridge Choice Program should go to Ridge Family Center for Learning to register.

- o If your child does not receive a place in a Choice Program, your registration materials will be transferred to your home school. This will not impact your class placement at your home school.

***When and where can I register my child?***

- o Registration for the 2018-19 school year begins February 22, 2018 from 5:00 PM to 8:00 PM. This evening event is the best time to register, as it provides adequate opportunity to complete the registration process.
- o If you are unable to register on that evening, you may also register beginning February 26, 2018 between the hours of 9:30 – 11:00 a.m. and 1:00 - 3:00 p.m. Monday through Friday.
- o During the summer, registrations will be accepted during regular business hours at the Administration Center (2123 Arlington Heights Road in Arlington Heights) on Monday – Thursday.

***When I come to register my student, what do I need to bring to prove I am a resident of CCSD59?***

***Please note, a total of THREE documents are required:***

| Category A (1 document required)                                               |  |
|--------------------------------------------------------------------------------|--|
| Most recent real estate tax bill                                               |  |
| Mortgage papers                                                                |  |
| Signed and dated lease or letter from manager or proof of last month's payment |  |

| Category B (2 documents required)     |                                                                           |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Driver's license                      | Current homeowner's/renter's insurance policy and premium payment receipt |
| Vehicle registration                  | Most recent gas, electric and/or water bill                               |
| Voter registration                    | First Class mail received at District residence                           |
| Most recent cable or credit card bill | Receipt for moving company services showing current address               |
| Current public aid card               |                                                                           |

***If I choose to have my child attend a half-day program, may I request morning (AM) or afternoon (PM) kindergarten placement?***

- o Due to the kindergarten curriculum program design, all students whose families choose a half-day program will be assigned to the morning session. Afternoon sessions will not be available to half-day students.

***What if I need day care before and/or after school?***

- o District 59 offers no day care provisions. The local park districts offer before and after school programs at many of our school buildings. In addition, many local area day care centers provide transportation to and from school.

***What happens if a language other than English is spoken in the home?***

- o In accordance with Illinois School Code guidelines, if a language other than English is spoken in the home, your child will be tested for English language services. A certified teacher will administer the test and the results will be discussed with you before any placement decision is made.

***Can my child ride a school bus?***

- o Bus transportation will be provided if you live more than one and half miles from school or if the route your child would walk is considered to be hazardous as defined by the Illinois Department of Transportation.
- o If your child qualifies for transportation, he/she will be expected to ride the bus on their first day of school.

***Will my child need a physical?***

- o Yes, all kindergarten students are required by Illinois School Code to have a current (within the last 12 months) Illinois physical, as well as up-to-date immunizations *before* starting school.
- o Dental examinations are required by May 15th.
- o Vision examinations are required by October 15th.
- o All examination forms are available in the school office and on the District's web site.

***What happens on the first day of school?***

- o Your school will notify you of what to expect on your child's first day of school.

***Whom do I call with questions?***

- o The best place to call is your school.
- o If your school is not in session, please contact the Administration Building at 847.593.4300.
- o You may also find additional information at the District 59 website: [www.ccsd59.org](http://www.ccsd59.org).





## Rejestracja Przedszkolna - Najczęściej zadawane pytania

### ***Community Consolidated School District 59 oferuje następujące programy przedszkolne:***

- o Dystrykt Szkolny 59 oferuje całodniowe programy przedszkolne we wszystkich szkołach podstawowych.
- o Mimo że bez wątpienia oczekujemy, iż wszyscy uczniowie będą uczęszczać do swoich szkół macierzystych, w przypadkach indywidualnych, gdy zostanie przekroczony limit miejsc dostępnych w danej szkole, niektórzy uczniowie przedszkola mogą być przypisani do jednej z innych miejscowych szkół. W przedszkolu pozostaną tylko rok, a potem dany uczeń wróci do jego/jej szkoły macierzystej do klasy I.
- o Rodzice mają nadal możliwość wyboru programu półdniowego (AM) w ich macierzystej szkole. Programy półdniowe nie są dostępne w District Choice Programs (Programach do Wyboru Dystryktu), (patrz poniżej).

### ***W jakim wieku musi być moje dziecko, by mogło być przyjęte do przedszkola?***

- o Zgodnie z Regulaminem Szkół Illinois, aby kwalifikować się do przedszkola, Twoje dziecko musi do dnia lub w dniu 1 września ukończyć 5 lat.
- o Musisz dostarczyć oryginalny, oficjalny, wydany przez organ państwowy (a nie wydany w szpitalu) akt urodzenia lub paszport, jaki wymagany jest przez prawo stanu Illinois (325 ILCS 50/5, Missing Children's Record Act).

### ***Czy moje dziecko może pójść do dowolnej szkoły w Dystrykcie 59?***

- o Wszyscy mieszkańcy Dystryktu 59 są przypisani do szkoły na podstawie ustalonych granic (rejonizacja).
- o Niektóre programy, takie jak English Language Learner Program (Program Nauczania Języka Angielskiego) lub Educational Life Skills Program (Program Edukacyjny Umiejętności Życiowych), są dostępne tylko w określonych lokacjach. Rodzice powinni jednak zarejestrować swoje dziecko w wyznaczonych im szkołach lub Centrum Administracyjnym.
- o Okręg 59 oferuje dwa Choice Programs/Programy do Wyboru. Jednym z nich jest program w Ridge Center Family for Learning, który stosuje zrównoważony kalendarz szkolny (balanced calendar). Drugi z nich, to program Two-way Spanish Dual Language (Dwukierunkowy Program Nauczania Dwujęzykowego Język Hiszpański) zlokalizowany w Salt Creek Elementary School, Juliette Low i John Jay, który oparty jest na tradycyjnym kalendarzu szkolnym. Uczniowie uczęszczający do Programu do Wyboru otrzymają przewóz do właściwej lokacji jeśli klasyfikują się do otrzymania przewozu.

### ***W jaki sposób mogę się więcej dowiedzieć o Programach do wyboru (Choice Programs)?***

- o Informacja o programach do wyboru, łącznie z instrukcjami wypełniania aplikacji, jest dostępna we wszystkich sekretariatach szkół podstawowych i na stronie internetowej dystryktu.



- Aplikacje na Two-way Dual Language/program Dwukierunkowy i Dwujęzykowy i na Program do Wyboru w Ridge Family Center można składać do 14 marca. Jeśli liczba starających się na dzień 14 marca jest większa, niż ilość miejsc przewidzianych w programie, nastąpi losowanie, które odbędzie się dnia 16 marca. Jeśli po 16 marca będziemy wciąż dysponowali miejscami, będzie można nadal składać podania.
- Rodzice, którzy chcą złożyć podanie na Dual Language Choice Program czyli Dwukierunkowy i Dwujęzykowy Program do Wyboru, powinni się zarejestrować w swojej szkole. Rodzice, którzy pragną złożyć podanie do Ridge Choice Program/Program do Wyboru, powinni się zarejestrować w Ridge Family Center.
- Jeśli twoje dziecko nie otrzyma miejsca w Choice Program/Programie do Wyboru, dokumenty rejestracyjne będą wysłane do twojej szkoły macierzystej. Nie będzie to miało wpływu na umieszczenie go w twojej szkole.

**Kiedy i gdzie mogę dokonać zapisu swojego dziecka do przedszkola?**

- Zapisy na rok szkolny 2018-19 rozpoczynają się w czwartek, 22 lutego 2018, od 5:00 po południu (PM) do 8:00 wieczorem (PM). Ta wieczorna opcja spotkania jest najlepszym czasem na to, aby się zarejestrować, ponieważ stanowi dogodną okazję do zakończenia procesu rejestracji.
- Jeśli nie jesteś w stanie zarejestrować się na ten wieczór, możesz również zarejestrować się, poczynając od 26 lutego, w godzinach 9: 30 - 11: 00 przed południem (AM), i 1: 00 - 3: 00 po południu (PM) od poniedziałku do piątku.
- W czasie lata rejestracje będą dokonywane w godzinach pracy w Centrum Administracji (2123 Arlington Heights Road w Arlington Heights): od poniedziałku do czwartku.

**Gdy przyjdę zapisać mojego ucznia, co powinienem przynieść ze sobą, by dowieść, że jestem mieszkańcem Dystryktu 59?**

**Proszę pamiętać, że do rejestracji są wymagane TRZY dokumenty:**

| Kategoria A (wymagany 1 dokument)                                                                 |                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Najnowszy rachunek za podatek od nieruchomości                                                    |                                                                               |
| Dokumenty hipoteczne                                                                              |                                                                               |
| Datowane i podpisane umowy najmu lub list od menadżera lub dowód opłaty za ostatni <b>miesiąc</b> |                                                                               |
| Kategoria B (wymagane 2 dokumenty)                                                                |                                                                               |
| Prawo jazdy                                                                                       | Polisa ubezpieczeniowa na dom/apartament oraz najnowszy rachunek za te opłaty |
| Dowód rejestracyjny pojazdu                                                                       | Najnowsze rachunki za gaz, elektryczność i/lub wodę                           |
| Rejestracja wyborcza                                                                              | Korespondencja wysłana na adres znajdujący się w Dystrykcie                   |
| Najnowszy rachunek za TV lub rachunek karty kredytowej                                            | Rachunek z firmy przeprowadzkowej pokazujący najnowszy adres                  |
| Aktualna karta pomocy publicznej                                                                  |                                                                               |



***Jeśli jest możliwość wyboru programu półdniowego, czy mogę zażyczyć sobie umieszczenia dziecka w przedszkolu rano (AM) lub po południu (PM)?***

- o Ze względu na koncepcję programu nauczania w przedszkolu, wszyscy uczniowie, których rodziny wybiorą program półdniowy będą przypisani do porannej sesji. Sesje popołudniowe nie będą dostępne dla uczniów programu półdniowego.

***Co się stanie wtedy, gdy będę potrzebować dziennej opieki dla dziecka przed i po szkole?***

- o Dystrykt 59 nie oferuje usług w zakresie opieki dziennej nad dzieckiem. Lokalne parki okręgu oferują zajęcia przed i po szkole w wielu naszych budynkach szkolnych. Ponadto, wiele lokalnych centrów dziennej opieki zapewnia transport do i ze szkoły.

***Co się stanie, jeśli język używany w domu jest inny niż angielski?***

- o Zgodnie z wytycznymi Regulaminu Szkół Illinois, jeśli język używany w domu jest inny niż angielski, dziecko będzie poddane testowaniu pod kątem znajomości języka angielskiego. Dyplomowany nauczyciel przeprowadzi test, a jego wyniki zostaną omówione z Tobą przed podjęciem jakiegokolwiek decyzji o umieszczeniu ucznia w odpowiedniej klasie.

***Czy moje dziecko może korzystać ze szkolnego autobusu?***

- o Z komunikacji autobusowej będziesz mógł skorzystać, jeśli mieszkasz dalej niż półtorej mili od szkoły lub jeśli trasa, którą miałoby pokonywać Twoje dziecko jest uważana za niebezpieczną w rozumieniu Wydziału Transportu Stanu Illinois.
- o Jeżeli Twoje dziecko kwalifikuje się do korzystania z transportu, oczekuje się, że on/ona skorzysta z autobusu, udając się nim już pierwszego dnia do szkoły.

***Czy moje dziecko potrzebuje badań lekarskich?***

- o Tak, zgodnie z Regulaminem Szkół Illinois od wszystkich uczniów przedszkola wymaga się Karty zdrowia (z ostatnich 12 miesięcy) takich jak karta szczepień i badań ogólnych, jeszcze *przed* rozpoczęciem szkoły.
- o Badania stomatologiczne muszą być przeprowadzone i dostarczone do 15 maja.
- o Wynik badania wzroku musi być dostarczony do 15 października.
- o Wszystkie formularze dotyczące badań są dostępne w sekretariacie szkoły lub na stronie internetowej Dystryktu.

***Czego powinniśmy oczekiwać w pierwszym szkolnym dniu?***

- o Twoja szkoła będzie ciebie informować o tym, czego można się spodziewać w pierwszym dniu pobytu Twojego dziecka w szkole.

***Do kogo mam się zwrócić z pytaniami?***

- o Najlepszym miejscem, do którego powinieneś zadzwonić jest szkoła.
- o Jeśli Twoja szkoła nie ma zajęć, proszę skontaktować się z Administratorem Budynku pod numerem telefonu 847.593.4300.
- o Więcej dodatkowych informacji możesz znaleźć na stronie internetowej Dystryktu 59: [www.ccsd59.org](http://www.ccsd59.org).







## Kindergarten Transportation Information

Community Consolidated School District 59 allows kindergarten students free transportation if they reside 1 mile or more from school or reside in an area designated by the Board of Education as a “hazardous area” for walking (i.e. crossing a busy roadway). If you have any questions about eligibility for free transportation please contact Transportation Services at 847/593-4379.

Parents of kindergarten students who are **requesting different bus stops than have been assigned** must complete the enclosed Transportation Request Form (T-42). Completion of this form will assist in accurately assigning your child to the appropriate route. Pick-up and drop-off locations must be within the assigned school boundary and will be limited to the home or one designated location, i.e., home and one babysitter. Alternating days of the week/multiple locations for pick-up and drop-off will not be allowed. There will be no exceptions. This policy is for your child's safety. **This form must be completed and forwarded to Transportation Services by July 1.**

### **FULL DAY KINDERGARTEN STUDENTS:**

Students who attend full day programs will be assigned a regular bus stop with other students from their school. After school, students will get off the bus at a regular bus stop with other students from their school. It is expected that someone will be there or at home to meet the student, however the bus driver **does not wait** until they see an adult.

### **HALF DAY KINDERGARTEN STUDENTS:**

Kindergarten students will be assigned a regular bus stop with other students from their school except during noon-hour routes. For kindergarten routes that operate during this noon-hour period, a bus stop will be assigned at student's home or a designated central location within an apartment/mobile home complex. It is expected that an adult will meet the bus. The driver will not leave the student unless an adult is seen or they see the student enter the home. Students without an escort will be returned to the child assigned school.

### **BUS CHANGES**

Your student will be assigned a bus stop based on your home address. Any other pick-up or drop-off location, such as a daycare, babysitter, etc., must be requested by completing the Transportation Request Form and submitting it to the Transportation Department by July 1. These locations **must be within the attending school boundary at an existing stop. No changes will be accepted during the first two weeks of school.** Parents will be expected to provide transportation until changes are effective. Changes after the first two weeks will require a minimum of three attendance days to process.

### **PAY TRANSPORTATION**

Kindergarten students are not eligible to choose to pay for bus service during noon hour routes.

Prior to the start of the new school year, District 59 “Back to School” materials will include more detailed information regarding bus routes and stops. This information will also be available at your home school. If you have any questions, please contact Transportation Services at 847/593-4379.

### Informacje dotyczące przewozu uczniów klasy zerowej

Community Consolidated School District 59 wyraża zgodę na bezpłatny przewóz uczniów klasy zerowej, jeżeli zamieszkują 1 milę lub dalej od szkoły lub zamieszkują na obszarze uważanym przez Kuratorium Oświaty za "teren niebezpieczny" do pokonywania go pieszo (np. przejście przez ruchliwą jezdnię). Jeśli masz jakieś pytania dotyczące zasad kwalifikowania ucznia do bezpłatnego transportu, prosimy o kontakt z Transportation Services (usługi przewozowe) na numer 847 / 593-4379.

Rodzice uczniów klasy zerowej, którzy **występują z prośbą o inne przystanki autobusowe, niż zostały zaplanowane**, muszą wypełnić załączony formularz wniosku o przewóz (Transportation Request Form) (T-42). Wypełnienie tego formularza będzie pomocne w precyzyjnym przypisaniu dziecku odpowiedniej trasy. Miejsca wsiadania i wysiadania muszą się mieścić w granicach wyznaczonych przez szkołę i będą ograniczone do domu lub jednego wyznaczonego miejsca, np. domu i miejsca zamieszkania opiekunki dziecka. Wskazywanie innych dni tygodnia lub różnych miejsc wsiadania lub wysiadania jest wykluczone. Nie będzie od tej zasady żadnych wyjątków. Takie postępowanie jest podyktowane troską o bezpieczeństwo dziecka. **Formularz ten musi być wypełniony i przekazany przewoźnikowi (Transportation Services) do 1 lipca.**

#### UCZNIOWIE CAŁODZIENNEJ KLASY ZEROWEJ:

Uczniom, którzy uczęszczają na zajęcia programów całodziennych zostanie przypisany stały przystanek autobusowy, jak innym uczniom z ich szkoły. Po szkole uczniowie będą mogli wysiąść z autobusu na przystanku regulaminowym z innymi uczniami z ich szkoły. Oczekuje się, że ktoś będzie na ucznia czekał na przystanku lub w domu, gdyż kierowca autobusu **nie będzie czekał** na pojawienie się dorosłego.

#### UCZNIOWIE KLASY ZEROWEJ PÓŁDZIENNEJ:

Uczniom klasy zerowej będą przypisane stałe przystanki autobusowe, jak innym uczniom szkoły, za wyjątkiem tras w godzinach południowych. Dla tras uczniów klas zerowych, które są obsługiwane w czasie godzin południowych, przystanek autobusowy zostanie wyznaczony w pobliżu domu ucznia lub wyznaczony w centrum kompleksu domów/domów mobilnych. Oczekuje się, że dorosły będzie oczekiwał na autobus. Kierowca nie zostawi ucznia, jeśli nie zobaczy czekających dorosłych lub ucznia wchodzącego do domu. Uczniowie bez opieki zostaną odwiezieni do szkoły, do której uczęszczają.

#### ZMIANY W ROZKŁADZIE JAZDY AUTOBUSU

Waszemu uczniowi zostanie przydzielony przystanek zgodnie z adresem domowym. Każde inne miejsce wsiadania lub lokalizacja miejsca wysiadania, takie jak przedszkole prywatne, opiekunka itd., należy zamówić, wypełniając formularz wniosku o przewóz i przedłożenie go w Wydziale Transportu (Transportation Department) do 1 lipca. Lokalizacje te **muszą się mieścić w granicach terenu obsługiwanego przez szkołę, na istniejącym przystanku. W ciągu pierwszych dwóch tygodni szkoły żadne zmiany nie będą zatwierdzane.** Oczekuje się, że rodzice zapewnią transport do momentu, aż zmiany zostaną wprowadzone. Zmiany po pierwszych dwóch tygodniach będą wymagały co najmniej trzech dni szkolnych na wdrożenie.

#### OPLATY ZA PRZEWÓZ

Uczniowie klasy zerowej są zobowiązani do wniesienia opłat za autobusy kursujące w godzinach południowych.

Bardziej szczegółowe informacje na temat tras autobusowych i przystanków znajdą się, jeszcze przed rozpoczęciem nowego roku szkolnego, w materiałach Dystryktu 59 dotyczących "Powrotu do szkoły". Informacja ta będzie również dostępna w waszej macierzystej szkole. Jeśli masz jakieś pytania, skontaktuj się z firmą świadczącą usługi przewozowe (Transportation Services) pod numerem 847/593-4379.



VISIT OUR WEBSITE TO FIND MORE  
INFORMATION ON THE FOLLOWING:

ODWIEDŹ NASZĄ STRONĘ INTERNETOWĄ PO WIĘCEJ INFORMACJI  
DOTYCZĄCYCH:

---

**CCSD59.ORG/BACKTOSCHOOL**

---

School Supply Lists

Listy przyborów szkolnych

Family Reference Guide

Przewodnik dla rodzin

Menus

Menu

Transportation Information

Informacja dotycząca przewozów

Application for Free and Reduced Price  
Meals

Podanie o darmowe lub obniżone ceny posiłków

Ability to Pay School Fees and Make  
Deposits into Your Student's Meal  
Account

Możliwość uiszczenia opłat szkolnych  
oraz dokonywania wpłat na konto  
posiłkowe waszego ucznia





**COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59**  
**2123 S. ARLINGTON HEIGHTS RD. | ARLINGTON HEIGHTS IL 60005**  
Phone: 847-593-4300 | Fax: 847-593-4352

**IMPORTANT INFORMATION REGARDING  
ILLINOIS CERTIFICATE OF CHILD HEALTH EXAMINATION FORM**

Dear Parent/Guardian,

The Illinois School Code requires that all children entering kindergarten or the first grade, or enrolling in an Illinois school for the first time, regardless of the student's grade (including early childhood, special education, and students transferring into Illinois), have a physical examination within one year prior to entry into school. There must also be documented evidence that each child has received all required immunizations.

Attached is a Certificate of Child Health Examination form. Please be sure the following information is completed on this form before it is returned to school:

- The student's name and information should be entered on both sides of the exam form.
- **Immunization History** must include specific dates. A health care provider's signature is required to verify the immunization dates.
- The **Health History** (on the back) must be completed and signed by a parent/guardian.
- The **physical exam** must be completed, dated, and signed by a physician, nurse practitioner or physician's assistant.
- Approval to participate in **Physical Education and Interscholastic Sports** near the bottom of the page must be checked by the physician. Modifications must be specified.

The only exception to this requirement is based on religious objection or medical contraindication for your child. However, proper documented evidence must be submitted to your child's school health office.

If, for any reason, you are unable to comply with the state requirement, please contact your child's school health office as soon as possible.

We appreciate your cooperation in this matter.

Denise M. Webster, RN, CSN  
Health Coordinator, District #59

Enclosure: Certificate of Child Health Examination



**COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59**  
**2123 S. ARLINGTON HEIGHTS RD. | ARLINGTON HEIGHTS IL 60005**  
Phone: 847-593-4300 | Fax: 847-593-4352

**WAŻNE INFORMACJE DOTYCZĄCE  
ILLINOIS CERTIFICATE OF CHILD HEALTH EXAMINATION (BADAŃ ZDROWOTNYCH  
DZIECKA)**

Drogi Rodzicu/Opiekunie,

Przepisy szkolne stanu Illinois (Illinois School Code) wymagają, by wszystkie dzieci zapisujące się do klasy zerowej lub klasy pierwszej albo rejestrujące się do szkoły w stanie Illinois po raz pierwszy, bez względu na klasę (włączając przedszkole, edukację specjalną, uczniów przenoszących się z innego stanu do Illinois), miały aktualne badania lekarskie z ostatniego roku, jeszcze przed zapisaniem się do szkoły. Musi być także dostarczone zaświadczenie potwierdzające, że każde dziecko otrzymało wszystkie wymagane szczepienia.

W załączeniu znajdziecie Państwo formularz zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia dziecka (Certificate of Child Health Examination). Proszę, upewnijcie się, że następujące informacje zawarte w tym formularzu są kompletne, zanim zostaną oddane do szkoły:

- Nazwisko ucznia i informacje powinny być wprowadzone na obydwu stronach formularza.
- **Historia szczepień** musi zawierać konkretne daty. Podpis pracownika służby zdrowia jest niezbędny, aby można było zweryfikować daty szczepień.
- **Historia zdrowia** (na odwrocie) musi być wypełniona i podpisana przez rodzica/opiekuna.
- **Badanie lekarskie** musi być kompletne, datowane, podpisane przez lekarza, pielęgniarkę dyplomowaną lub asystenta lekarza.
- Zezwolenie na uczestniczenie w **zajęciach fizycznych i międzyszkolnych zawodach sportowych** musi być odnotowane na końcu strony przez lekarza. Wszelkie zmiany muszą być wyszczególnione.

Jedynymi wyjątkami od wymagań dotyczących szczepień są zastrzeżenia natury religijnej lub przeciwwskazania medyczne dla Twojego dziecka. W każdym przypadku jednak, właściwie udokumentowane zastrzeżenia muszą być dostarczone do gabinetu pielęgniarskiego szkoły twojego dziecka.

Jeśli z jakiegokolwiek powodu nie jesteś w stanie sprostać stanowym wymogom, proszę, skontaktuj się z gabinetem pielęgniarskim szkoły twojego dziecka tak szybko, jak to możliwe.

Będziemy wdzięczni za współpracę w tej kwestii.

Denise M. Webster, RN, CSN  
Health Coordinator, District #59 (Koordynator d/s Zdrowia Dystryktu 59)

W załączeniu: Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka (Certificate of Child Health Examination)



State of Illinois  
Certificate of Child Health Examination

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                       |       |    |                                                                                       |    |                  |                                                                                       |                                |    |                                                                                       |    |              |                                                                                       |    |    |                                                                                       |    |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------|----|---------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| <b>Student's Name</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                       |       |    | <b>Birth Date</b>                                                                     |    | <b>Sex</b>       | <b>Race/Ethnicity</b>                                                                 | <b>School /Grade Level/ID#</b> |    |                                                                                       |    |              |                                                                                       |    |    |                                                                                       |    |    |
| Last                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                       | First |    | Middle                                                                                |    | Month/Day/Year   |                                                                                       |                                |    |                                                                                       |    |              |                                                                                       |    |    |                                                                                       |    |    |
| Address                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                       |       |    | Street                                                                                |    | City             |                                                                                       | Zip Code                       |    | Parent/Guardian Telephone # Home Work                                                 |    |              |                                                                                       |    |    |                                                                                       |    |    |
| <b>IMMUNIZATIONS: To be completed by health care provider. The mo/da/yr for <u>every</u> dose administered is required. If a specific vaccine is medically contraindicated, a separate written statement must be attached by the health care provider responsible for completing the health examination explaining the medical reason for the contraindication.</b> |                                                                                       |       |    |                                                                                       |    |                  |                                                                                       |                                |    |                                                                                       |    |              |                                                                                       |    |    |                                                                                       |    |    |
| <b>REQUIRED Vaccine / Dose</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>DOSE 1</b>                                                                         |       |    | <b>DOSE 2</b>                                                                         |    |                  | <b>DOSE 3</b>                                                                         |                                |    | <b>DOSE 4</b>                                                                         |    |              | <b>DOSE 5</b>                                                                         |    |    | <b>DOSE 6</b>                                                                         |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | MO                                                                                    | DA    | YR | MO                                                                                    | DA | YR               | MO                                                                                    | DA                             | YR | MO                                                                                    | DA | YR           | MO                                                                                    | DA | YR | MO                                                                                    | DA | YR |
| <b>DTP or DTaP</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                       |       |    |                                                                                       |    |                  |                                                                                       |                                |    |                                                                                       |    |              |                                                                                       |    |    |                                                                                       |    |    |
| <b>Tdap; Td or Pediatric DT</b> (Check specific type)                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT |       |    | <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT |    |                  | <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT |                                |    | <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT |    |              | <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT |    |    | <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                       |       |    |                                                                                       |    |                  |                                                                                       |                                |    |                                                                                       |    |              |                                                                                       |    |    |                                                                                       |    |    |
| <b>Polio</b> (Check specific type)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV                             |       |    | <input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV                             |    |                  | <input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV                             |                                |    | <input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV                             |    |              | <input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV                             |    |    | <input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV                             |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                       |       |    |                                                                                       |    |                  |                                                                                       |                                |    |                                                                                       |    |              |                                                                                       |    |    |                                                                                       |    |    |
| <b>Hib</b> Haemophilus influenza type b                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                       |       |    |                                                                                       |    |                  |                                                                                       |                                |    |                                                                                       |    |              |                                                                                       |    |    |                                                                                       |    |    |
| <b>Pneumococcal Conjugate</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                       |       |    |                                                                                       |    |                  |                                                                                       |                                |    |                                                                                       |    |              |                                                                                       |    |    |                                                                                       |    |    |
| <b>Hepatitis B</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                       |       |    |                                                                                       |    |                  |                                                                                       |                                |    |                                                                                       |    |              |                                                                                       |    |    |                                                                                       |    |    |
| <b>MMR</b> Measles Mumps. Rubella                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                       |       |    |                                                                                       |    |                  |                                                                                       |                                |    | <b>Comments:</b>                                                                      |    |              |                                                                                       |    |    |                                                                                       |    |    |
| <b>Varicella</b> (Chickenpox)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                       |       |    |                                                                                       |    |                  |                                                                                       |                                |    |                                                                                       |    |              |                                                                                       |    |    |                                                                                       |    |    |
| <b>Meningococcal conjugate (MCV4)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                       |       |    |                                                                                       |    |                  |                                                                                       |                                |    |                                                                                       |    |              |                                                                                       |    |    |                                                                                       |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                       |       |    |                                                                                       |    |                  |                                                                                       |                                |    |                                                                                       |    |              |                                                                                       |    |    |                                                                                       |    |    |
| <b>RECOMMENDED, BUT NOT REQUIRED Vaccine / Dose</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                       |       |    |                                                                                       |    |                  |                                                                                       |                                |    |                                                                                       |    |              |                                                                                       |    |    |                                                                                       |    |    |
| <b>Hepatitis A</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                       |       |    |                                                                                       |    |                  |                                                                                       |                                |    |                                                                                       |    |              |                                                                                       |    |    |                                                                                       |    |    |
| <b>HPV</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                       |       |    |                                                                                       |    |                  |                                                                                       |                                |    |                                                                                       |    |              |                                                                                       |    |    |                                                                                       |    |    |
| <b>Influenza</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                       |       |    |                                                                                       |    |                  |                                                                                       |                                |    |                                                                                       |    |              |                                                                                       |    |    |                                                                                       |    |    |
| <b>Other: Specify Immunization Administered/Dates</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                       |       |    |                                                                                       |    |                  |                                                                                       |                                |    |                                                                                       |    |              |                                                                                       |    |    |                                                                                       |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                       |       |    |                                                                                       |    |                  |                                                                                       |                                |    |                                                                                       |    |              |                                                                                       |    |    |                                                                                       |    |    |
| <b>Health care provider (MD, DO, APN, PA, school health professional, health official) verifying above immunization history must sign below. If adding dates to the above immunization history section, put your initials by date(s) and sign here.</b>                                                                                                             |                                                                                       |       |    |                                                                                       |    |                  |                                                                                       |                                |    |                                                                                       |    |              |                                                                                       |    |    |                                                                                       |    |    |
| <b>Signature</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                       |       |    |                                                                                       |    | <b>Title</b>     |                                                                                       |                                |    |                                                                                       |    | <b>Date</b>  |                                                                                       |    |    |                                                                                       |    |    |
| <b>Signature</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                       |       |    |                                                                                       |    | <b>Title</b>     |                                                                                       |                                |    |                                                                                       |    | <b>Date</b>  |                                                                                       |    |    |                                                                                       |    |    |
| <b>ALTERNATIVE PROOF OF IMMUNITY</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                       |       |    |                                                                                       |    |                  |                                                                                       |                                |    |                                                                                       |    |              |                                                                                       |    |    |                                                                                       |    |    |
| <b>1. Clinical diagnosis (measles, mumps, hepatitis B) is allowed when verified by physician and supported with lab confirmation. Attach copy of lab result.</b>                                                                                                                                                                                                    |                                                                                       |       |    |                                                                                       |    |                  |                                                                                       |                                |    |                                                                                       |    |              |                                                                                       |    |    |                                                                                       |    |    |
| *MEASLES (Rubeola) MO DA YR **MUMPS MO DA YR HEPATITIS B MO DA YR VARICELLA MO DA YR                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                       |       |    |                                                                                       |    |                  |                                                                                       |                                |    |                                                                                       |    |              |                                                                                       |    |    |                                                                                       |    |    |
| <b>2. History of varicella (chickenpox) disease is acceptable if verified by health care provider, school health professional or health official.</b>                                                                                                                                                                                                               |                                                                                       |       |    |                                                                                       |    |                  |                                                                                       |                                |    |                                                                                       |    |              |                                                                                       |    |    |                                                                                       |    |    |
| Person signing below verifies that the parent/guardian's description of varicella disease history is indicative of past infection and is accepting such history as documentation of disease.                                                                                                                                                                        |                                                                                       |       |    |                                                                                       |    |                  |                                                                                       |                                |    |                                                                                       |    |              |                                                                                       |    |    |                                                                                       |    |    |
| <b>Date of Disease</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                       |       |    |                                                                                       |    | <b>Signature</b> |                                                                                       |                                |    |                                                                                       |    | <b>Title</b> |                                                                                       |    |    |                                                                                       |    |    |
| <b>3. Laboratory Evidence of Immunity (check one) <input type="checkbox"/> Measles* <input type="checkbox"/> Mumps** <input type="checkbox"/> Rubella <input type="checkbox"/> Varicella Attach copy of lab result.</b>                                                                                                                                             |                                                                                       |       |    |                                                                                       |    |                  |                                                                                       |                                |    |                                                                                       |    |              |                                                                                       |    |    |                                                                                       |    |    |
| *All measles cases diagnosed on or after July 1, 2002, must be confirmed by laboratory evidence.                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                       |       |    |                                                                                       |    |                  |                                                                                       |                                |    |                                                                                       |    |              |                                                                                       |    |    |                                                                                       |    |    |
| **All mumps cases diagnosed on or after July 1, 2013, must be confirmed by laboratory evidence.                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                       |       |    |                                                                                       |    |                  |                                                                                       |                                |    |                                                                                       |    |              |                                                                                       |    |    |                                                                                       |    |    |
| <b>Completion of Alternatives 1 or 3 MUST be accompanied by Labs &amp; Physician Signature: _____</b>                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                       |       |    |                                                                                       |    |                  |                                                                                       |                                |    |                                                                                       |    |              |                                                                                       |    |    |                                                                                       |    |    |
| Physician Statements of Immunity MUST be submitted to IDPH for review.                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                       |       |    |                                                                                       |    |                  |                                                                                       |                                |    |                                                                                       |    |              |                                                                                       |    |    |                                                                                       |    |    |

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



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |                                                                                            |                               |                                                                                                                                      |                                                             |                                                                                            |                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Last First Middle                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |        |                                                                                            | Birth Date<br>Month/Day/ Year |                                                                                                                                      | Sex                                                         | School                                                                                     | Grade Level/ ID |
| <b>HEALTH HISTORY TO BE COMPLETED AND SIGNED BY PARENT/GUARDIAN AND VERIFIED BY HEALTH CARE PROVIDER</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |                                                                                            |                               |                                                                                                                                      |                                                             |                                                                                            |                 |
| <b>ALLERGIES</b><br>(Food, drug, insect, other)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        | Yes<br>No                                                                                  | List:                         |                                                                                                                                      | <b>MEDICATION</b> (Prescribed or taken on a regular basis.) |                                                                                            | Yes<br>No       |
| Diagnosis of asthma?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        | Yes                                                                                        | No                            | Loss of function of one of paired organs? (eye/ear/kidney/testicle)                                                                  |                                                             | Yes                                                                                        | No              |
| Child wakes during night coughing?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        | Yes                                                                                        | No                            | Hospitalizations?                                                                                                                    |                                                             | Yes                                                                                        | No              |
| Birth defects?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        | Yes                                                                                        | No                            | When? What for?                                                                                                                      |                                                             | Yes                                                                                        | No              |
| Developmental delay?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        | Yes                                                                                        | No                            | Surgery? (List all.)                                                                                                                 |                                                             | Yes                                                                                        | No              |
| Blood disorders? Hemophilia, Sickle Cell, Other? Explain.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        | Yes                                                                                        | No                            | When? What for?                                                                                                                      |                                                             | Yes                                                                                        | No              |
| Diabetes?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        | Yes                                                                                        | No                            | Serious injury or illness?                                                                                                           |                                                             | Yes                                                                                        | No              |
| Head injury/Concussion/Passed out?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        | Yes                                                                                        | No                            | TB skin test positive (past/present)?                                                                                                |                                                             | Yes*                                                                                       | No              |
| Seizures? What are they like?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        | Yes                                                                                        | No                            | TB disease (past or present)?                                                                                                        |                                                             | Yes*                                                                                       | No              |
| Heart problem/Shortness of breath?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        | Yes                                                                                        | No                            | Tobacco use (type, frequency)?                                                                                                       |                                                             | Yes                                                                                        | No              |
| Heart murmur/High blood pressure?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |        | Yes                                                                                        | No                            | Alcohol/Drug use?                                                                                                                    |                                                             | Yes                                                                                        | No              |
| Dizziness or chest pain with exercise?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |        | Yes                                                                                        | No                            | Family history of sudden death before age 50? (Cause?)                                                                               |                                                             | Yes                                                                                        | No              |
| Eye/Vision problems? _____ Glasses <input type="checkbox"/> Contacts <input type="checkbox"/> Last exam by eye doctor _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |                                                                                            |                               | Dental <input type="checkbox"/> Braces <input type="checkbox"/> Bridge <input type="checkbox"/> Plate <input type="checkbox"/> Other |                                                             |                                                                                            |                 |
| Other concerns? (crossed eye, drooping lids, squinting, difficulty reading)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |                                                                                            |                               | Information may be shared with appropriate personnel for health and educational purposes.                                            |                                                             |                                                                                            |                 |
| Ear/Hearing problems?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        | Yes                                                                                        | No                            | <b>Parent/Guardian Signature</b>                                                                                                     |                                                             |                                                                                            |                 |
| Bone/Joint problem/injury/scoliosis?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        | Yes                                                                                        | No                            | <b>Date</b>                                                                                                                          |                                                             |                                                                                            |                 |
| <b>PHYSICAL EXAMINATION REQUIREMENTS Entire section below to be completed by MD/DO/APN/PA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |                                                                                            |                               |                                                                                                                                      |                                                             |                                                                                            |                 |
| HEAD CIRCUMFERENCE if < 2-3 years old                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        | HEIGHT                                                                                     |                               | WEIGHT                                                                                                                               |                                                             | BMI                                                                                        | B/P             |
| <b>DIABETES SCREENING (NOT REQUIRED FOR DAY CARE)</b> BMI>85% age/sex Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> And any two of the following: <b>Family History</b> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br><b>Ethnic Minority</b> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>Signs of Insulin Resistance</b> (hypertension, dyslipidemia, polycystic ovarian syndrome, acanthosis nigricans) Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>At Risk</b> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |        |                                                                                            |                               |                                                                                                                                      |                                                             |                                                                                            |                 |
| <b>LEAD RISK QUESTIONNAIRE:</b> Required for children age 6 months through 6 years enrolled in licensed or public school operated day care, preschool, nursery school and/or kindergarten. (Blood test required if resides in Chicago or high risk zip code.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |                                                                                            |                               |                                                                                                                                      |                                                             |                                                                                            |                 |
| <b>Questionnaire Administered?</b> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        | <b>Blood Test Indicated?</b> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>      |                               | <b>Blood Test Date</b>                                                                                                               |                                                             | <b>Result</b>                                                                              |                 |
| <b>TB SKIN OR BLOOD TEST</b> Recommended only for children in high-risk groups including children immunosuppressed due to HIV infection or other conditions, frequent travel to or born in high prevalence countries or those exposed to adults in high-risk categories. See CDC guidelines. <a href="http://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/testing/TB_testing.htm">http://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/testing/TB_testing.htm</a> .                                                                                                                             |        |                                                                                            |                               |                                                                                                                                      |                                                             |                                                                                            |                 |
| No test needed <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |        | Test performed <input type="checkbox"/>                                                    |                               | Skin Test: Date Read / /                                                                                                             |                                                             | Result: Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> mm _____       |                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |                                                                                            |                               | Blood Test: Date Reported / /                                                                                                        |                                                             | Result: Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Value          |                 |
| <b>LAB TESTS (Recommended)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        | Date                                                                                       | Results                       |                                                                                                                                      | Date                                                        | Results                                                                                    |                 |
| Hemoglobin or Hematocrit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |                                                                                            | Sickle Cell (when indicated)  |                                                                                                                                      |                                                             |                                                                                            |                 |
| Urinalysis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |                                                                                            | Developmental Screening Tool  |                                                                                                                                      |                                                             |                                                                                            |                 |
| <b>SYSTEM REVIEW</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Normal | Comments/Follow-up/Needs                                                                   |                               | Normal                                                                                                                               | Comments/Follow-up/Needs                                    |                                                                                            |                 |
| Skin                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |                                                                                            |                               | Endocrine                                                                                                                            |                                                             |                                                                                            |                 |
| Ears                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        | Screening Result:                                                                          |                               | Gastrointestinal                                                                                                                     |                                                             |                                                                                            |                 |
| Eyes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        | Screening Result:                                                                          |                               | Genito-Urinary                                                                                                                       |                                                             | LMP                                                                                        |                 |
| Nose                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |                                                                                            |                               | Neurological                                                                                                                         |                                                             |                                                                                            |                 |
| Throat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |        |                                                                                            |                               | Musculoskeletal                                                                                                                      |                                                             |                                                                                            |                 |
| Mouth/Dental                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                                                                            |                               | Spinal Exam                                                                                                                          |                                                             |                                                                                            |                 |
| Cardiovascular/HTN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |                                                                                            |                               | Nutritional status                                                                                                                   |                                                             |                                                                                            |                 |
| Respiratory                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        | <input type="checkbox"/> Diagnosis of Asthma                                               |                               | Mental Health                                                                                                                        |                                                             |                                                                                            |                 |
| Currently Prescribed Asthma Medication:<br><input type="checkbox"/> Quick-relief medication (e.g. Short Acting Beta Agonist)<br><input type="checkbox"/> Controller medication (e.g. inhaled corticosteroid)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                                                                            |                               | Other                                                                                                                                |                                                             |                                                                                            |                 |
| <b>NEEDS/MODIFICATIONS</b> required in the school setting                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |                                                                                            |                               | <b>DIETARY</b> Needs/Restrictions                                                                                                    |                                                             |                                                                                            |                 |
| <b>SPECIAL INSTRUCTIONS/DEVICES</b> e.g. safety glasses, glass eye, chest protector for arrhythmia, pacemaker, prosthetic device, dental bridge, false teeth, athletic support/cup                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |                                                                                            |                               |                                                                                                                                      |                                                             |                                                                                            |                 |
| <b>MENTAL HEALTH/OTHER</b> Is there anything else the school should know about this student?<br>If you would like to discuss this student's health with school or school health personnel, check title: <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> Teacher <input type="checkbox"/> Counselor <input type="checkbox"/> Principal                                                                                                                                                                                                                                      |        |                                                                                            |                               |                                                                                                                                      |                                                             |                                                                                            |                 |
| <b>EMERGENCY ACTION</b> needed while at school due to child's health condition (e.g., seizures, asthma, insect sting, food, peanut allergy, bleeding problem, diabetes, heart problem)?<br>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If yes, please describe.                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                                                                            |                               |                                                                                                                                      |                                                             |                                                                                            |                 |
| On the basis of the examination on this day, I approve this child's participation in (If No or Modified please attach explanation.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |                                                                                            |                               |                                                                                                                                      |                                                             |                                                                                            |                 |
| <b>PHYSICAL EDUCATION</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Modified <input type="checkbox"/> |                               | <b>INTERSCHOLASTIC SPORTS</b>                                                                                                        |                                                             | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Modified <input type="checkbox"/> |                 |
| Print Name (MD,DO, APN, PA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |                                                                                            |                               | Signature                                                                                                                            |                                                             | Date                                                                                       |                 |
| Address                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |        |                                                                                            |                               | Phone                                                                                                                                |                                                             |                                                                                            |                 |



|                      |  |       |                               |                                                                          |
|----------------------|--|-------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Student's Name: Last |  | First | Middle                        | Birth Date:<br>(Month/Day/Year)<br><br>/ /                               |
| Address: Street      |  | City  | ZIP Code                      | Telephone:                                                               |
| Name of School:      |  |       | Grade Level:                  | Gender:<br><input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female |
| Parent or Guardian:  |  |       | Address (of parent/guardian): |                                                                          |

## H-11 (Rev. 11/05) Distribution: health file





# State of Illinois Eye Examination Report

Illinois law requires that proof of an eye examination by an optometrist or physician who provides complete eye examinations be submitted to the school no later than October 15 of the year the child is first enrolled or as required by the school for other children. The examination must be completed within one year prior to October 15 of the year the child enters an Illinois school.

Student Name \_\_\_\_\_  
(Last) (First) (Middle Initial)  
Birth Date \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_  
(Month/Day/Year)  
Parent or Guardian \_\_\_\_\_  
(Last) (First)  
Phone \_\_\_\_\_  
(Area Code)  
Address \_\_\_\_\_  
(Number) (Street) (City) (ZIP Code)  
County \_\_\_\_\_

## To Be Completed By Examining Doctor

### Case History

Date of Exam \_\_\_\_\_

Ocular History: ☐ Normal or Positive for \_\_\_\_\_

Medical History: ☐ Normal or Positive for \_\_\_\_\_

Drug Allergies: ☐ NKDA or Allergic to \_\_\_\_\_

Other Information \_\_\_\_\_

### Examination

| Refraction:                  | Distance |      |      | Near |
|------------------------------|----------|------|------|------|
|                              | Right    | Left | Both | Both |
| Unaided Visual Acuity        | 20/      | 20/  | 20/  | 20/  |
| Best Corrected Visual Acuity | 20/      | 20/  | 20/  | 20/  |

Was refraction performed with cycloplegic agents? ☐ Yes ☐ No

|                                           | Normal                   | Abnormal                 | Not Able to Assess       | Comments |
|-------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|
| External Exam (eye and adnexa)            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____    |
| Internal Exam (media, lens, fundus, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____    |
| Neurological Integrity (pupils)           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____    |
| Binocular Function (stereopsis)           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____    |
| Accommodation and Vergence                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____    |
| Color Vision                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____    |
| IOP (glaucoma)                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____    |
| Oculomotor Assessment                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____    |
| Other _____                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____    |

### Diagnosis

☐ Normal ☐ Myopia ☐ Hyperopia ☐ Astigmatism ☐ Strabismus ☐ Amblyopia

Other \_\_\_\_\_



# State of Illinois Eye Examination Report

## Recommendations

1. Corrective Lenses: ☐ No ☐ Yes, glasses should be worn for:  
☐ Constant Wear ☐ Near Vision ☐ Far Vision  
☐ May Be Removed for Physical Education

2. Preferential seating recommended: ☐ No ☐ Yes

Comments \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Recommend re-examination: ☐ 3 months ☐ 6 months ☐ 12 months  
☐ Other \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

Print name \_\_\_\_\_  
Optometrist or Physician who provides eye examinations

Address \_\_\_\_\_

Phone \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_  
Optometrist or Physician who provides eye examinations

### Consent of Parent or Guardian

I agree to release the above information on my child  
or ward to appropriate school or health authorities.

\_\_\_\_\_  
(Parent or Guardian's Signature)

(Source: Amended at 32 Ill. Reg. \_\_\_\_\_, effective \_\_\_\_\_)