



**COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59**

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

**PARENT/GUARDIAN VERIFICATION OF STUDENT RESIDENCE**

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

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

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

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

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

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

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

Category A: One (1) Document Required	Category B: Two (2) Documents Required		Military Personnel must provide one of the following within 60 days after the date of student's initial enrollment:
<input type="checkbox"/> Most recent Real Estate Tax Bill	<input type="checkbox"/> Driver's License or State ID	<input type="checkbox"/> Current Homeowners/Renters Insurance Policy and Premium Payment Receipt	<input type="checkbox"/> Postmarked Mail Addressed to Military Personnel  <input type="checkbox"/> Lease Agreement for Occupancy  <input type="checkbox"/> Proof of Ownership of Residence
<input type="checkbox"/> Mortgage Papers	<input type="checkbox"/> Vehicle Registration	<input type="checkbox"/> Most Recent Gas, Electric and/or Water Bill	
<input type="checkbox"/> Signed and Dated Lease or Letter from Manager or Proof of Last Month's Payment	<input type="checkbox"/> Voter Registration	<input type="checkbox"/> Mail Received at District Residence	
<b>IMPORTANT:</b> District 59 reserves the right to evaluate the evidence present and merely presenting the items listed below does not guarantee admission.	<input type="checkbox"/> Most Recent Cable or Credit Card Bill	<input type="checkbox"/> Receipt for Moving Company Services Showing Current Address	
	<input type="checkbox"/> Current Public Aid Card	<input type="checkbox"/> Other _____	

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

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

Printed Name of Parent / Guardian	Signature of Parent / Guardian	Date
<b>Residency Materials Received By:</b>	<input type="checkbox"/> All Materials Supplied	
<input type="checkbox"/> Referred for Further Review to:	<input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Homeless Liaison	



# COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59

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

## WERYFIKACJA MIEJSCA ZAMIESZKANIA UCZNIĄ PRZEZ RODZICA/OPIEKUNA

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

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

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

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

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

<b>Nazwisko ucznia:</b>	<b>Nazwa szkoły:</b>
-------------------------	----------------------

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

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

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

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

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

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



# NEW STUDENT REGISTRATION and EMERGENCY CONTACT FORM - CCSD59

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

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

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

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

## EMERGENCY Contact and Sibling Information - CCSD59

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

### Local Persons to Call in an EMERGENCY if Parents/Guardians Cannot Be Reached - List at least Two (2) People

	First and Last Names:	Relationship:	Language Spoken:	Phone Number:
1				
2				
3				
4				

### List ALL other Student's Siblings (Brother/s, Sister/s, Step-Brother/s, Step-Sister/s)

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

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



# NOWY FORMULARZ REJESTRACJI I KONTAKTU W RAZIE SYTUACJI AWARYJNEJ – CCSD59

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

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

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

## Informacja dotycząca prawnego opiekuna dziecka – rodzica / opiekuna

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

## Do użytku wewnętrznego

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

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

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

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

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

Nazwisko rodzica/opiekuna (proszę napisać drukowanymi literami):

Podpis rodzica/opiekuna:

Data:

--	--	--



**PERMANENT BIRTH RECORD**

Dear Parent/Guardian:

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

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

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

\_\_\_\_\_  
 Student's Last Name                      First                      Middle                      Date of Birth

Place of Birth (City, State, Country)\_\_\_\_\_

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

Birth Certificate                      State \_\_\_\_\_  
 Number \_\_\_\_\_

Passport                      Country \_\_\_\_\_  
 Number \_\_\_\_\_

Visa                      Country \_\_\_\_\_  
 Number \_\_\_\_\_

Other \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Name of Parent/Guardian (PRINTED)                      Signature of Parent/Guardian                      Date

**(for office use only)**

Documentation Requirement:                       Met                       Not Met

Verified by: \_\_\_\_\_ School \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



**COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59**

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

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

**ORYGINALNY AKT URODZENIA (PERMANENT BIRTH RECORD)**

Drogi Rodzicu/Opiekunie:

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Nazwisko ucznia                                      Imię                                      Drugie imię                                      Data ur.

Miejsce urodzenia (miejscowość, stan, kraj)  
\_\_\_\_\_

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

- Akt urodzenia                      Stan \_\_\_\_\_  
Numer \_\_\_\_\_
- Paszport                              Kraj \_\_\_\_\_  
Numer \_\_\_\_\_
- Wisa                                      Kraj \_\_\_\_\_  
Numer \_\_\_\_\_
- Inne \_\_\_\_\_

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

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

**(for office use only)**

Documentation Requirement:       Met     Not Met

Verified by: \_\_\_\_\_ School \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_





## HOME LANGUAGE SURVEY

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

\_\_\_\_\_  Male  Female  
Student's Last Name      First      Middle      Date of Birth  
School \_\_\_\_\_ SIS ID # \_\_\_\_\_

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

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

- 1. Is a language other than English spoken in your home?  
a.  Yes What language? \_\_\_\_\_  
b.  No
  
- 2. Does your child speak a language other than English?  
a.  Yes What language? \_\_\_\_\_  
b.  No

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

Parent/Guardian (Print) \_\_\_\_\_ Relationship to Student \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Staff Member who Registered Child \_\_\_\_\_

**(For Office Use Only)**

Language \_\_\_\_\_ Language Code # \_\_\_\_\_ Grade Assignment \_\_\_\_\_  
Request for Language Assessment from ELL Personnel:  Yes  No Date \_\_\_\_\_



CCSD59

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

## ANKIETA DOTYCZĄCA JĘZYKA OJCZYSTEGO

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

\_\_\_\_\_  Chłopiec  Dziewczynka  
Nazwisko ucznia    Imię    Drugie imię    Data urodzenia  
Szkoła \_\_\_\_\_ SIS ID # \_\_\_\_\_

Czy twoje dziecko uczęszczało do programu Przedszkolnego w CCSD59?

- a.  Tak Szkoła \_\_\_\_\_
- b.  Nie

Jeśli odpowiedziałeś tak, **nie musisz wypełniać, ponieważ wypełniałeś ten formularz przed rozpoczęciem przedszkola.** Jeśli twoja odpowiedź jest przecząca (nie), proszę odpowiedzieć na poniższe pytania.

1. Czy ktoś w domu posługuje się językiem innym niż angielski?
  - a. Tak \_\_\_\_ Jaki to język? \_\_\_\_\_
  - b. Nie \_\_\_\_
  
2. Czy Państwa dziecko mówi w języku innym niż angielski?
  - a. Tak \_\_\_\_ Jaki to język? \_\_\_\_\_
  - b. Nie \_\_\_\_

Jeśli odpowiedź jest pozytywna na jedno z powyżej zadanych pytań, prawo wymaga przeprowadzenia testu z zakresu znajomości i umiejętności posługiwania się językiem angielskim.

Rodzice/ Opiekunowie (Drukowanymi) \_\_\_\_\_ Pokrewieństwo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Podpis Rodziców lub Opiekunów \_\_\_\_\_ Osoba rejestrująca ucznia \_\_\_\_\_

**(For Office Use Only)**

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

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



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

**DATA COLLECTION FORM**

Student's Name: \_\_\_\_\_ School \_\_\_\_\_

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

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

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

**Choose only one:**

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date



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

**FORMULARZ GROMADZONYCH DANYCH**

Nazwisko ucznia: \_\_\_\_\_ Szkoła \_\_\_\_\_

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

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

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

**Wybierz tylko jedną opcję:**

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Podpis rodzica/opiekuna

\_\_\_\_\_  
Data



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

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

Date: \_\_\_\_\_

Dear Parent(s)/Guardian(s) of \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Sincerely,

School Nurse/Health Care Assistant

***Parent/Guardian Completes This Section***

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

Previous School of Attendance: \_\_\_\_\_

Address of Previous School \_\_\_\_\_

Signature of Parent/Guardian \_\_\_\_\_



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

## **INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA I SZCZEPIEŃ PRZYSZŁYCH UCZNIÓW**

Data: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Z poważaniem,

Szkolna pielęgniarka/Asystent d/s zdrowia

### ***Tę część wypełnia rodzic/opiekun***

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

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

Poprzednia szkoła, do której uczeń uczęszczał: \_\_\_\_\_

Adres poprzedniej szkoły: \_\_\_\_\_

Podpis rodzica/opiekuna \_\_\_\_\_



**ANNUAL STUDENT HEALTH FORM**  
**20 \_\_\_ - 20 \_\_\_ SCHOOL YEAR**

Student: \_\_\_\_\_ Birth date \_\_\_\_\_  
(last) (First)  
Grade \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_ School \_\_\_\_\_

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

Explain: \_\_\_\_\_

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

Explain: \_\_\_\_\_

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

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

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

Explain: \_\_\_\_\_

**Physician Contact Information**

Physician Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Name of Practice: \_\_\_\_\_

Physician Address: \_\_\_\_\_

Parent(Guardian) Name (please print): \_\_\_\_\_

Parent (Guardian) Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Return to your child's school health office.



**ROCZNA ANKIETA ZDROWIA UCZNI**  
**20 \_\_ - 20 \_\_ ROK SZKOLNY**

Uczeń: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_

(Nazwisko) (Imię)

Klasa \_\_\_\_\_ Płeć \_\_\_\_\_ Szkoła \_\_\_\_\_

Aktualizacja roczna bilansu zdrowia

**TAK**

**NIE**

1. Czy dziecko ma: Alergię pokarmową, na leki lub użądlenia owadów

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Astmę

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Jakąkolwiek chroniczną chorobę

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Epilepsję/Padaczkę

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Jakiegokolwiek ograniczenia fizyczne

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cukrzycę

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Okulary

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Objaśnienia:

2. Czy podczas ostatnich 12 miesięcy dziecko było:

**TAK**

**NIE**

Hospitalizowane (np. na chirurgii)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Poważnie ranne

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Objaśnienia:

**TAK**

**NIE**

3. Czy dziecko bierze regularnie jakieś leki?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Objaśnienia: \_\_\_\_\_

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

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

**TAK**

**NIE**

Objaśnienia: \_\_\_\_\_

**Informacje o lekarzu, z którym należy się kontaktować**

Nazwisko lekarza: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Nazwa przychodni lekarskiej: \_\_\_\_\_

Adres lekarza: \_\_\_\_\_

Nazwisko rodzica (opiekuna) (drukowanymi literami): \_\_\_\_\_

Podpis rodzica (opiekuna) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_





**INTERSCHOLASTIC ATHLETICS PARENT CONSENT and the PARENT and STUDENT UNDERSTANDING OF CONCUSSION INFORMATION**

**The student and his/her parent/guardian must read and sign this form each year before trying-out and participating in interscholastic athletics or sports. This completed *Consent Form* must be returned to the School Nurse.**

**STUDENT NAME (Print)\_\_\_\_\_ Date of Birth\_\_\_\_\_**

***To be read by the Student and Parent/Guardian:***

1. I wish to participate in interscholastic athletics.
2. I agree to abide by all conduct rules and will behave in a sportsmanlike manner. I agree to follow the coaches' instructions, playing techniques, and training schedule as well as all safety rules.
3. I understand that I must maintain academic eligibility and proper behavior standards as set by School District 59 in order to participate in interscholastic athletics.
4. I understand that Board Policy, 7:305 *Student Athlete Concussions and Head Injuries*, requires among other things, that a student athlete who exhibits signs and symptoms, or behaviors consistent with a concussion or head injury must be removed from participation or competition at that time and that such student will not be allowed to return to play unless cleared to do so by a physician licensed to practice medicine in all its branches or a certified athletic trainer. I have read the information about Student Athlete Concussions and Head Injuries in this document.

***To be read by the Parent/Guardian:***

1. I am the parent/guardian of the above named student and give my permission for my child or ward to participate in the interscholastic athletics or sport(s).
2. I understand that students who participate in interscholastic athletic programs, in tryouts, or regularly scheduled games, matches, and/or meets, must have a physical examination from a licensed physician, an advanced practice nurse, or a physician assistant in the last twelve months, and a "Certificate of Child Health Examination" form on file in the school's Health Office prior to participation. The cost of the physical examination is the responsibility of the parent/guardian.
3. I understand I must show proof of accident insurance coverage for the student.
4. I am aware that with participation in sports comes the risk of injury, and I understand that the degree of danger and seriousness of risk vary significantly from one sport to another with contact sports carrying the highest risk. I am aware that participating in sports involves travel with the team. I acknowledge and accept the risks inherent in the sport(s) or athletics in which I will be participating and in all travel involved. I agree to hold the District, its employees, agents, coaches, School Board members, and volunteers harmless from any and all liability, actions, claims, or demands of any kind and nature wherever that may arise by or in connections with my participating in the school-sponsored interscholastic sport(s) or intramural athletics. The terms hereof shall serve as a release and

assumption of risk for my heirs, estate, executor, administrator, assignees, and for all members of my family.

5. I understand that my child must maintain academic eligibility and proper behavior standards as set by School District 59 in order to participate in interscholastic athletics.

6. I acknowledge having received and reviewed the following *Concussion Information* with my child.

### **CONCUSSION INFORMATION (Ref. 105 ILCS 5/10-20.53, P.A. 97-204)**

A concussion is a brain injury and all brain injuries are serious. They are caused by a bump, blow, or jolt to the head, or by a blow to another part of the body with the force transmitted to the head. They can range from mild to severe and can disrupt the way the brain normally works. Even though most concussions are mild, **all concussions are potentially serious and may result in complications including prolonged brain damage and death if not recognized and managed properly.** In other words, even a “ding” or a bump on the head can be serious. You can’t see a concussion and most sports concussions occur without loss of consciousness. Signs and symptoms of concussion may show up right after the injury or can take hours or days to fully appear. If your child reports any symptoms of concussion, or if you notice the symptoms or signs of concussion yourself, seek medical attention right away.

#### **Symptoms may include one or more of the following:**

<ul style="list-style-type: none"><li>● Headaches</li><li>● “Pressure in head”</li><li>● Nausea or vomiting</li><li>● Neck pain</li><li>● Balance problems or dizziness</li><li>● Blurred, double, or fuzzy vision</li><li>● Sensitivity to light or noise</li><li>● Feeling sluggish or slowed down</li><li>● Feeling foggy or groggy</li><li>● Drowsiness</li><li>● Change in sleep patterns</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Amnesia</li><li>● “Don’t feel right”</li><li>● Fatigue or low energy</li><li>● Sadness</li><li>● Nervousness or anxiety</li><li>● Irritability</li><li>● More emotional</li><li>● Confusion</li><li>● Concentration or memory problems (forgetting game plays)</li><li>● Repeating the same question/comment</li></ul>
--	--

#### **Signs observed by teammates, parents and coaches include:**

<ul style="list-style-type: none"><li>● Appears dazed</li><li>● Vacant facial expression</li><li>● Confused about assignment</li><li>● Forgets plays</li><li>● Is unsure of game, score, or opponent</li><li>● Moves clumsily or displays incoordination</li><li>● Answers questions slowly</li><li>● Slurred speech</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Shows behavior or personality changes</li><li>● Can’t recall events prior to hit</li><li>● Can’t recall events after hit</li><li>● Seizures or convulsions</li><li>● Any change in typical behavior or personality</li><li>● Loses consciousness</li></ul>
--	--

#### **What can happen if my child keeps on playing with a concussion or returns too soon?**

Athletes with the signs and symptoms of concussion should be removed from play immediately. Continuing to play with the signs and symptoms of a concussion leaves the young athlete especially vulnerable to greater injury. There is an increased risk of significant damage from a concussion for a

period of time after that concussion occurs, particularly if the athlete suffers another concussion before completely recovering from the first one. This can lead to prolonged recovery, or even to severe brain swelling (second impact syndrome) with devastating and even fatal consequences. It is well known that adolescent or teenage athletes will often fail to report symptoms of injuries. Concussions are no different. As a result, education of administrators, coaches, parents and students is the key to student-athlete's safety.

**If you think your child has suffered a concussion**

Any athlete even suspected of suffering a concussion should be removed from the game or practice immediately. No athlete may return to activity after an apparent head injury or concussion, regardless of how mild it seems or how quickly symptoms clear, without medical clearance. Close observation of the athlete should continue for several hours. IHSA Policy requires athletes to provide their school with written clearance from either a physician licensed to practice medicine in all its branches or a certified athletic trainer working in conjunction with a physician licensed to practice medicine in all its branches prior to returning to play or practice following a concussion or after being removed from an interscholastic contest due to a possible head injury or concussion and not cleared to return to that same contest. In accordance with state law, all IHSA member schools are required to follow this policy.

You should also inform your child's coach if you think that your child may have a concussion. Remember it's better to miss one game than miss the whole season. And when in doubt, the athlete sits out.

For current and up-to-date information on concussions you can go to:  
<http://www.cdc.gov/ConcussionInYouthSports/>

**HEALTH INSURANCE INFORMATION**

Health Insurance Provider \_\_\_\_\_

Group No. \_\_\_\_\_ Identification No. \_\_\_\_\_

***Parent/guardian and student must sign to indicate agreement to these conditions and that you have both read the Concussion Information.***

School \_\_\_\_\_

Grade \_\_\_\_\_

---

**Signature of Student**

**Date**

---

**Name of Student (Please Print)**

**Date**

---

**Signature of Parent/Guardian**

**Date**

**RETURN THIS SIGNED FORM TO THE NURSE AT THE SCHOOL HEALTH OFFICE.**



**ZGODA RODZICÓW NA UDZIAŁ W SPORTOWYCH ZAWODACH MIĘDZYSZKOLNYCH oraz  
ZROZUMIENIE PRZEZ RODZICA I UCZNIĄ INFORMACJI O WSTRZĄSIENIU MÓZGU**

Uczeń i jego/jej rodzic/opiekun musi przeczytać i co roku podpisać formularz przed przygotowaniem i udziałem w międzyszkolnych zawodach lekkoatletycznych lub sportowych. Wypełniony formularz zgody (*Consent Form*) musi być zwrócony do pielęgniarki szkolnej.

NAZWISKO UCZNIĄ (Drukowanymi) \_\_\_\_\_ Data ur. \_\_\_\_\_

***Do przeczytania przez ucznia i rodzica/opiekuna:***

1. Pragnę brać udział w międzyszkolnych zawodach sportowych.
2. Zgadzam się przestrzegać wszystkich zasad postępowania i zachowywać się jak prawdziwy sportowiec. Zgadzam się przestrzegać zaleceń trenerów, technik gry i planu treningów, jak również wszystkich zasad bezpieczeństwa.
3. Rozumiem, że muszę respektować wymagania edukacyjne i właściwego zachowania, ustalone przez szkolny Dystrykt 59, by móc wziąć udział w międzyszkolnych zawodach sportowych.
4. Rozumiem, że zarządzenie Rady, 7:305 *Student Athlete Concussions and Head Injuries*, między innymi to, że uczeń sportowiec, który zdradza objawy lub symptomy albo zachowania charakterystyczne dla wstrząśnienia mózgu lub urazu głowy, musi być w tym momencie wyłączony z uczestniczenia w zawodach i taki uczeń nie będzie mógł wrócić do gry bez poświadczenia lekarza praktykującego - posiadającego licencję w tej dziedzinie lub dyplomowanego trenera sportowego. Przeczytałem zawartą w tym dokumencie informację *Student Athlete Concussions and Head Injuries*.

***Do przeczytania przez rodzica/opiekuna:***

1. Jestem rodzicem/opiekunem wyżej wymienionego ucznia i wyrażam zgodę na uczestniczenie mojego dziecka lub podopiecznego w międzyszkolnych zawodach lekkoatletycznych lub sportowych.
2. Rozumiem, że uczniowie, którzy uczestniczą w międzyszkolnych programach sportowych, w testach kwalifikacyjnych lub regularnie zaplanowanych rozgrywkach, meczach, i / lub spotkaniach, muszą być poddani badaniom lekarskim, przeprowadzanym przez dyplomowanego lekarza, doświadczoną pielęgniarkę lub asystenta lekarza w ostatnich dwunastu miesiącach oraz posiadać zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia ("Certificate Child Health Examination") w aktach szkolnej przychodni zdrowia przed udziałem w zawodach. Koszty badania lekarskiego ponosi rodzic/opiekun.
3. Rozumiem, że muszę pokazać dowód ubezpieczenia ucznia od nieszczęśliwych wypadków.
4. Zdaję sobie sprawę, że udziałowi w sporcie towarzyszy ryzyko urazu, i rozumiem, że stopień zagrożenia i powaga zagrożenia znacznie różnią się jedno od drugiego, oraz że sporty kontaktowe niosą ryzyko najwyższe. Mam świadomość, że uczestnictwo w sporcie wymaga wyjazdów na zawody wraz z zespołem. Potwierdzam i akceptuję ryzyko nieodłącznie związane z grą sportową (-ami) lub uprawianiem lekkoatletyki, w których będę uczestniczyć oraz wyjazdów z tym związanych. Zgadzam się na zwolnienie Dystryktu, jego pracowników, przedstawicieli, trenerów, członków Rady Szkoły, wolontariuszy z wszelkiej odpowiedzialności, na rezygnację z działań, roszczeń lub żądań jakiegokolwiek natury i rodzaju, jeśli wydarzy się wypadek z powodu uprawiania sportu lub w związku z moim uczestnictwem w sponsorowanych międzyszkolnych zawodach sportowych lub

szkolnej lekkoatletyce. Warunki niniejszej umowy będą służyć jako zwolnienie od odpowiedzialności szkoły i rozumienia ryzyka dla moich spadkobierców, dóbr osobistych, wykonawcy woli, administratora cesjonariusza i dla wszystkich członków rodziny.

5. Rozumiem, że moje dziecko, aby wziąć udział w międzyszkolnych zawodach lekkoatletycznych, musi respektować wymagania edukacyjne i właściwe zachowanie ustalone przez School District 59.

6. Potwierdzam otrzymanie i zapoznanie się wraz z moim dzieckiem z poniższą Informacją o wstrząśnieniu mózgu.

### INFORMACJA O WSTRZĄŚNIENIU MÓZGU (Ref. 105 ILCS 5/10-20.53, P.A. 97-204)

Wstrząśnienie mózgu jest uszkodzeniem mózgu, a wszelkie uszkodzenia mózgu są sprawą poważną. Są one spowodowane przez stłuczenie, uderzenie lub szarpnięcie głowy lub uderzenie innej części ciała, którego skutki mogą być odczuwane w głowie. Mogą one wahać się od łagodnej do ciężkiej utraty przytomności i mogą zakłócić normalną pracę mózgu. Nawet jeśli utrata przytomności jest łagodna, **każda utrata przytomności może być potencjalnie groźna i może spowodować komplikacje, włączając w to stałe uszkodzenie mózgu lub śmierć, jeśli nie zostanie rozpoznana i właściwie leczona.** Innymi słowy, nawet małe stłuczenie lub guz na głowie mogą okazać się poważne. Można nie rozpoznać wstrząśnienia mózgu i większość wstrząsów mózgu w sporcie następuje bez utraty świadomości. Oznaki i symptomy wstrząśnienia mózgu mogą nastąpić zaraz po urazie lub może upłynąć kilka godzin lub dni, zanim się pojawią. Jeśli twoje dziecko zgłosi jakiegokolwiek symptomy wskazujące na wstrząśnienie mózgu lub ty zauważysz symptomy lub oznaki wstrząśnienia mózgu, szukaj pomocy medycznej tak szybko, jak to tylko możliwe.

#### Objawy mogą obejmować jeden lub więcej spośród niżej wymienionych symptomów:

<ul style="list-style-type: none"><li>• Ból głowy</li><li>• "Ciśnienie w głowie"</li><li>• Mdłości i wymioty</li><li>• Ból karku</li><li>• Problemy z utrzymaniem równowagi i zawroty głowy</li><li>• Niewyraźne, podwójne albo zamglone widzenie</li><li>• Wrażliwość na światło i hałas</li><li>• Odczuwanie zmęczenia lub spowolnienie</li><li>• Odczuwanie mgliste lub ślania się</li><li>• Senność</li><li>• Zaburzenia snu</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Utrata pamięci</li><li>• "Nie czuję się dobrze"</li><li>• Zmęczenie lub utrata energii</li><li>• Smutek</li><li>• Nerwowość lub uczucie niepokoju</li><li>• Poirytowanie</li><li>• Pobudzenie emocjonalne</li><li>• Dezorientacja</li><li>• Problemy z koncentracją lub z pamięcią (niepamiętanie zasad gry)</li><li>• Powtarzanie tych samych pytań lub komentarzy</li></ul>
--	---

#### Objawy zaobserwowane przez współzawodników, rodziców i trenerów:

<ul style="list-style-type: none"><li>• Wygląda na zdezorientowanego</li><li>• Nieobecny wyraz twarzy</li><li>• Nierozumienie poleceń</li><li>• Nie pamięta zasad gry</li><li>• Nie jest pewny w co gra, wyniku lub przeciwnika</li><li>• Porusza się wolno i wykazuje brak koordynacji</li><li>• Wolno odpowiada na pytania</li><li>• Niewyraźna mowa</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Wykazuje zmiany w zachowaniu i osobowości</li><li>• Nie pamięta wydarzeń sprzed uderzenia</li><li>• Nie pamięta wydarzeń po uderzeniu</li><li>• Drgawki i konwulsje</li><li>• Inne zmiany odbiegające od typowego zachowania lub osobowości</li><li>• Utrata przytomności</li></ul>
--	---

## Co się stanie, jeśli moje dziecko będzie grało nadal po wstrząśnieniu mózgu lub wróci za wcześnie do gry?

Sportowcy z oznakami wstrząśnienia mózgu powinni zostać usunięci z gry natychmiast. Kontynuowanie gry z oznakami i symptomami wstrząśnienia mózgu u młodego sportowca czyni go jeszcze bardziej podatnym na poważniejsze urazy. Zwiększone ryzyko poważniejszych zniszczeń wynikających ze wstrząśnienia mózgu po zdarzeniu, występuje szczególnie wtedy, gdy sportowiec doznał kolejnego wstrząśnienia mózgu, zanim to pierwsze zostało wyleczone. Może to doprowadzić do dłuższej rekonwalescencji lub nawet do poważnego obrzęku mózgu (syndrom powtórnego urazu) z poważnymi i fatalnymi konsekwencjami. Mamy świadomość tego, że młodzi lub nastoletni sportowcy bardzo często nie zgłaszają symptomów lub urazów. Wstrząśnienie mózgu jest jednym z nich. Uświadomienie kadry, trenerom, rodzicom i uczniom ryzyka jest kluczem do bezpieczeństwa ucznia sportowca.

## Jeśli podejrzewasz, że twoje dziecko miało wstrząśnienie mózgu

Nawet jeśli tylko podejrzewamy, że którykolwiek sportowiec cierpi z powodu wstrząśnienia mózgu, powinien natychmiast być usunięty z gry lub treningu. Żaden sportowiec nie może wrócić do zajęć po uszkodzeniu głowy lub wstrząśnieniu mózgu lub utracie przytomności, bez lekarskiego zezwolenia na powrót, bez względu na to, jak małe i nieistotne wydają się jego symptomy i jak szybko symptomy ustąpiły. Uważna obserwacja sportowca powinna być kontynuowana przez kilkanaście godzin. IHSA Policy wymaga, aby sportowcy dostarczyli do swojej szkoły pisemne zaświadczenie od lekarza posiadającego pełne uprawnienia lekarskie lub trenera sportowego z uprawnieniami, współpracującego z lekarzem posiadającym pełne uprawnienia lekarskie, przed powrotem do gry lub treningu po utracie przytomności lub po byciu usuniętym z udziału w międzyszkolnych zawodach sportowych, po podejrzanym urazie głowy lub wstrząśnieniu mózgu, po którym sportowiec nie otrzymał oficjalnego zezwolenia na powrót do tego samego meczu. Zgodnie z prawem stanowym, wszystkie szkoły, które są członkiem IHSA muszą podporządkować się temu zarządzeniu.

Powinniście także poinformować trenera swojego dziecka, jeśli podejrzewacie dziecko o wstrząśnienie mózgu. Pamiętaj, że lepiej opuścić jedną grę, niż nie grać przez cały sezon. Jeśli nie jesteście pewni - sportowiec nie bierze udziału w grze.

Obszerniejsze informacje na temat wstrząśnienia mózgu znajdziesz na stronie:  
<http://www.cdc.gov/ConcussionInYouthSports/>

## **INFORMACJA O UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM**

Nazwa ubezpieczalni \_\_\_\_\_

Numer grupy \_\_\_\_\_ Numer identyfikacyjny \_\_\_\_\_

***Rodzic/opiekun i uczeń muszą podpisać ten formularz, wyrażając tym samym zgodę na zawarte ustalenia i potwierdzając, że przeczytali informację dotyczącą wstrząśnienia mózgu.***

Szkoła \_\_\_\_\_

Klasa \_\_\_\_\_

Podpis ucznia

Data

Nazwisko ucznia (Proszę drukowanymi)

Data

Podpis rodzica/opiekuna

Data

**ZWRÓĆ PODPISANY FORMULARZ DO PIELEŃNIARKI W SZKOLNEJ PRZYCHODNI ZDROWIA.**







## Students

### ***Exhibit - Using a Photograph or Video Recording of a Student***

**Student Name** \_\_\_\_\_ **School year** \_\_\_\_\_

#### Photographs, Videos or Digital Images of Students

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

#### **Request to Exclude Child from Release of Directory Information**

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

Parent/Guardian Name \_\_\_\_\_

Parent/Guardian signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

#### Pictures of Students Taken By Non-School Agencies

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



## Uczniowie

### ***Pokazywanie - korzystanie z fotografii lub nagrań video przedstawiających ucznia***

Nazwisko ucznia \_\_\_\_\_ Rok szk. \_\_\_\_\_

#### Fotografie, nagrania video i zdjęcia cyfrowe ucznia

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

#### **Wniosek o wyłączenie dziecka z publikacji informacji katalogowych szkoły**

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

Nazwisko rodzica/opiekuna \_\_\_\_\_

Podpis rodzica/opiekuna \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

#### Zdjęcia uczniów wykonane przez agencje pozaszkolne

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



## **Annual Authorization for Internet and Electronic Network Access**

### **INTRODUCTION**

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

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

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



## **Annual Authorization for Internet and Electronic Network Access**

**STUDENT'S NAME** \_\_\_\_\_ **STUDENT I.D.** \_\_\_\_\_

**SCHOOL** \_\_\_\_\_ **SCHOOL YEAR:** \_\_\_\_\_ **GRADE LEVEL** \_\_\_\_\_

### **Student (or Parent on Behalf of the Student) Release**

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

\_\_\_\_\_  
Student's Name (Please Print)

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

\_\_\_\_\_  
Date

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

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

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian's Name (Please Print)

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian's Signature

\_\_\_\_\_  
Date



## **Roczne zezwolenie na korzystanie z Internetu i dostęp do sieci elektronicznej**

### **WPROWADZENIE**

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

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

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



## Roczne zezwolenie na korzystanie z Internetu i dostęp sieci elektronicznej

NAZWISKO UCZNIĄ \_\_\_\_\_ ID UCZNIĄ \_\_\_\_\_

SZKOŁA \_\_\_\_\_ ROK SZKOLNY: \_\_\_\_\_ KLASA \_\_\_\_\_

### Oświadczenie ucznia (lub rodzica w imieniu ucznia)

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

\_\_\_\_\_  
Nazwisko ucznia (Proszę drukowanymi)

\_\_\_\_\_  
Podpis ucznia (lub podpis rodzica w imieniu ucznia)

\_\_\_\_\_  
Data

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

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

\_\_\_\_\_  
Nazwisko rodzica/opiekuna (Proszę drukowanymi)

\_\_\_\_\_  
Podpis rodzica/opiekuna

\_\_\_\_\_  
Data



## **Availability of Student Disciplinary Policies and Procedures**

STUDENT'S NAME \_\_\_\_\_ SCHOOL YEAR \_\_\_\_\_

SCHOOL \_\_\_\_\_

### **Parent/Guardian Release**

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

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

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian's Name (Please Print)

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian's Signature

\_\_\_\_\_  
Date



## **Udostępnienie procedur i zasad dotyczących dyscypliny uczniów**

NAZWISKO UCZNIWA \_\_\_\_\_ ROK SZKOLNY \_\_\_\_\_

SZKOŁA \_\_\_\_\_

### **Oświadczenie rodzica/opiekuna**

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

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

\_\_\_\_\_  
Nazwisko Rodzica/Opiekuna (Proszę drukowanymi)

\_\_\_\_\_  
Podpis Rodzica/Opiekuna

\_\_\_\_\_  
Data





## Junior High School Fee Payment Form - 2018/2019 School Year

**PLEASE READ THE IMPORTANT FOLLOWING INFORMATION:**

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

Please list each student who attends this school	Student Name		Child 1	Child 2	Child 3
	Student I.D. Number				
	Grade				
<b>Required School Fees</b>	<b>Instructional Materials Fee</b>	Required	\$65.00		
	PE Uniform - Shirt	Required one-time upon enrollment.	\$8.00		
	PE Uniform - Shorts	Optional after that.	\$7.00		
	Outdoor Education Fee	6th Grade only	\$25.00		
	Graduation Fee	8th Grade only	\$25.00		
<b>Optional School Fee</b>	Textbook	Pre-order price only thru 1/31/19	\$25.00		
	Technology Protection Plan	Optional	\$25.00		
	<b>TOTAL DUE</b>		<b>\$</b>		

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

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



## Formularz opłat w Junior High School w roku szkolnym 2018/2019 PROSZĘ PRZECZYTAĆ NASTĘPUJĄCĄ WAŻNĄ INFORMACJĘ:

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

Proszę wymienić każdego ucznia, który uczęszcza do szkoły		Dziecko 1		Dziecko 2		Dziecko 3	
		Nazwisko ucznia					
Klasa							
Wymagane opłaty szkolne	Opłata za materiały instruktażowe	Wymagana	\$65.00				
	Strój gimnast. – Koszulka	Jednorazowa opłata w czasie zapisu do szkoły. Potem opłata opcjonalna.	\$8.00				
	Strój gimnast. – Spodenki		\$7.00				
	Opłata za zajęcia pozaszkolne	Tylko klasa 6.	\$25.00				
	Opłata graduacyjna	Tylko klasa 8.	\$25.00				
Opcjonalne opłaty szkolne	Opłata klasy	Przedpłaty tylko do 1/31/19	\$25.00				
	Ubezp. Sprzętu	Opcjonalne	\$25.00				
	<b>RAZEM</b>		<b>\$</b>				

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

OFFICE USE ONLY  
School: \_\_\_\_\_

Cash \_\_\_\_\_  
Check \_\_\_\_\_  
Check # \_\_\_\_\_



AUTHORIZATION FOR RELEASE/EXCHANGE OF INFORMATION

Student's Last Name First Name Middle Initial Birth Date

Name of School or Agency Releasing Records Address City State Zip

I/we hereby authorize that the following information will be released/exchanged:

- All permanent records (including, but not limited to, basic identifying information, birth certificate or other proof of student's identity, academic transcript, attendance records, health records, and where applicable),
All temporary records (including, but not limited to, scores on State Assessments administered in grades K-8, discipline records, health-related information, accident reports, family background information, psychological evaluation reports, aptitude and achievement test results, report cards, honors and awards, progress monitoring information, IDEA/special education records, and Section 504 records).

These disclosures are authorized pursuant to the Family Education Rights and Privacy Act (20 U.S.C. Section 1232g), the Illinois School Student Records Act (105 ILCS 10/1 et seq.), and the Illinois Mental Health and Developmental Disability Confidentiality Act (740 ILCS 110/1 et seq.),\* and are to be made for the purpose of:

- Educational evaluation and/or planning
Other (specify):

\*Prior to the release of protected health information, health care providers may require the parent/guardian to execute an additional authorization form to comply with the Health Insurance Portability and Accountability Act ("HIPAA").

PRE-ELEMENTARY SCHOOL

Early Learning Center, 1900 Lonquist Blvd, Mount Prospect, IL 60056 P: (847) 593-4306 F:(847) 593-7199

ELEMENTARY SCHOOLS

- Brentwood, 260 Dulles Rd, Des Plaines, IL 60016 P: (847) 593-4401 F: (847) 593-7184
Admiral Byrd, 265 Wellington Ave, Elk Grove Village, IL 60007 P: (847) 593-4388 F: (847) 593-7188
Clearmont, 280 Clearmont Dr, Elk Grove Village, IL 60007 P: (847) 593-4372 F: (847) 593-7194
Devonshire, 1401 S. Pennsylvania Ave, Des Plaines, IL 60018 P: (847) 593-4398 F: (847) 593-7183
Forest View, 1901 Estates Dr, Mount Prospect, IL 60056 P: (847) 593-4359 F: (847) 593-4360
Robert Frost, 1308 S Cypress Dr, Mount Prospect, IL 60056 P: (847) 593-4378 F: (847) 593-4365
John Jay, 1835 Pheasant Trl, Mount Prospect, IL 60056 P: (847) 593-4385 F: (847) 593-8656
Juliette Low, 1530 Highland Ave, Arlington Heights, IL 60005 P: (847) 593-4383 F: (847) 593-7291
Ridge Family Center for Learning, 650 Ridge Ave, Elk Grove Village, IL 60007 P: (847) 593-4070 F: (847) 593-4075
Ira R. Rupley, 305 E. Oakton St, Elk Grove Village, IL 60007 P: (847) 593-4353 F: (847) 593-4405
Salt Creek, 65 Kennedy Blvd, Elk Grove Village, IL 60007 P: (847) 593-4375 F: (847) 593-7390

JUNIOR HIGH SCHOOLS

- Friendship, 550 Elizabeth Ln, Des Plaines, IL 60018 P: (847) 593-4350 F: (847) 593-7182
Grove, 777 Elk Grove Blvd, Elk Grove Village, IL 60007 P: (847) 593-4367 F: (847) 472-3001
Holmes, 1900 Lonquist Blvd, Mount Prospect, IL 60056 P: (847) 593-4390 F: (847) 593-7386

I understand that I have the right to inspect and copy the information to be disclosed, challenge its contents, and limit my consent to designated records or portions of the information contained in those records. I also understand that my refusal to consent to the exchange of records and communications could result in incomplete and/or inappropriate educational planning for the student. This consent expires one year from the date indicated below. However, I understand that I have the right to revoke this consent in writing at any time.

Parent/Guardian Printed Name Parent/Guardian Signature Date

Witness Signature (required for mental health/developmental disability records) Date

Student Signature (required for mental health/developmental disability records, if student is age 12 or older) Date

