



COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59

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

PARENT/GUARDIAN VERIFICATION OF STUDENT RESIDENCE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Printed Name of Parent / Guardian		Signature of Parent / Guardian		Date
Residency Materials Received By:		☐ All Materials Supplied		
☐ Referred for Further Review to:		☐ Principal	☐ Homeless Liaison	



COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59

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

CCSD59

VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA PARA LOS TUTORES DE LOS ESTUDIANTES

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

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

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

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

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

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

Categoría A: UNO (1) de los siguientes documentos	Categoría B: DOS (2) de los siguientes documentos		El personal militar debe proporcionar uno (1) de los documentos indicados 60 días después de registrar a el estudiante:	
☐ La factura mas reciente de los impuestos estatales de la propiedad	☐ Licencia de manejar o Identificación del Estado	☐ Certificado del seguro de la casa/apartamento		☐ Correo sellado, estampado, y dirigido al personal militar
☐ Estado de cuenta/contrato comprobando la compra de la residencia	☐ Registro de auto – del Estado de Illinois	☐ Factura electrica o de gas		☐ Copia de contrato de arrendamiento
☐ Copia de contrato de arrendamiento o carta firmada por el encargado y prueba del pago mensual mas reciente	☐ Tarjeta de elector	☐ Correo recibido en la residencia del distrito		☐ Prueba de la propiedad de residencia
IMPORTANTE: El Distrito 59 reserva el derecho de evaluar la evidencia presente y simplemente presentar los elementos enumerados a continuación no garantiza la admisión.	☐ Cobro de cable o tarjeta de crédito	☐ Recibo de Servicios de la Sociedad en movimiento que muestra la dirección actual		
	☐ Tarjeta de Asistencia Publica	☐ Other _____		
Categoría C – Ninguno de los documentos en la Categoría A o B son aplicables porque:	☐ 1. El estudiante está sin hogar y es elegible de ser registrado bajo el Acto de Educar a los Niños sin Hogar en el Estado de Illinois			
	☐ 2. El estudiante se está registrando basado a la determinación del Departamento de Niños y Servicios Familiares (Adjuntar documentación)			

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

Nombre del Padre/Tutor (letra de molde)		Firma del Padre/Tutor		Fecha
Residency Materials Received By:			☐ All Materials Supplied	
☐ Referred for Further Review to:			☐ Principal	☐ Homeless Liaison



NEW STUDENT REGISTRATION and EMERGENCY CONTACT FORM - CCSD59

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

Student Other ID:	Student State ID:	School:	Pre-School:	Kindergarten:	Grade:
			☐ AM ☐ PM ☐ FULL DAY & ☐ 4 Day ☐ 5 Day	☐ AM ☐ PM ☐ FULL DAY	

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

Title:	First Name:	Last Name:	Work Phone & Extension:	Cell Phone:
Relationship to Student:	☐ Father ☐ Mother ☐ Step-Father ☐ Step-Mother ☐ Guardian ☐ Other		Email Address:	
Language Preference:	☐ English ☐ Spanish ☐ Polish ☐ Gujarati ☐ Other: _____		Custody:	☐ Yes ☐ No
			Lives With:	☐ Yes ☐ No
Title:	First Name:	Last Name:	Work Phone & Extension:	Cell Phone:
Relationship to Student:	☐ Father ☐ Mother ☐ Step-Father ☐ Step-Mother ☐ Guardian ☐ Other		Email Address:	
Language Preference:	☐ English ☐ Spanish ☐ Polish ☐ Gujarati ☐ Other: _____		Custody:	☐ Yes ☐ No
			Lives With:	☐ Yes ☐ No
Title:	First Name:	Last Name:	Work Phone & Extension:	Cell Phone:
Relationship to Student:	☐ Father ☐ Mother ☐ Step-Father ☐ Step-Mother ☐ Guardian ☐ Other		Email Address:	
Language Preference:	☐ English ☐ Spanish ☐ Polish ☐ Gujarati ☐ Other: _____		Custody:	☐ Yes ☐ No
			Lives With:	☐ Yes ☐ No
Title:	First Name:	Last Name:	Work Phone & Extension:	Cell Phone:
Relationship to Student:	☐ Father ☐ Mother ☐ Step-Father ☐ Step-Mother ☐ Guardian ☐ Other		Email Address:	
Language Preference:	☐ English ☐ Spanish ☐ Polish ☐ Gujarati ☐ Other: _____		Custody:	☐ Yes ☐ No
			Lives With:	☐ Yes ☐ No

EMERGENCY Contact and Sibling Information - CCSD59

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

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

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

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

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

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



NEW STUDENT REGISTRATION and EMERGENCY CONTACT FORM - CCSD59

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

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

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

Información del Padre / Tutor

Título:		Nombre:		Apellido:		Teléfono del Trabajo - Ext.		Teléfono Celular:	
Relación Con El Estudiante:		☐ Padre ☐ Madre ☐ Padrastro ☐ Madrastra ☐ Tutor		Correo Electrónico:					
Preferencia de Idioma:		☐ Inglés ☐ Español ☐ Polaco ☐ Gujarati ☐ Other: _____		Custodia::		☐ Sí ☐ No		Viva Con: ☐ Sí ☐ No	

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

Office Use Only

Título:		Nombre:		Apellido:		Teléfono del Trabajo - Ext.		Teléfono Celular:	
Relación Con El Estudiante:		☐ Padre ☐ Madre ☐ Padrastro ☐ Madrastra ☐ Tutor		Correo Electrónico:					
Preferencia de Idioma:		☐ Inglés ☐ Español ☐ Polaco ☐ Gujarati ☐ Other: _____		Custodia::		☐ Sí ☐ No		Viva Con: ☐ Sí ☐ No	

EMERGENCY Contact and Sibling Information - CCSD59

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

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

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



COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59

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

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

PERMANENT BIRTH RECORD

Dear Parent/Guardian:

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

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

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

Student's Last Name First Middle Date of Birth

Place of Birth (City, State, Country)_____

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

☐ Birth Certificate State _____
Number _____

☐ Passport Country _____
Number _____

☐ Visa Country _____
Number _____

☐ Other _____

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

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

(for office use only)

Documentation Requirement: ☐ Met ☐ Not Met

Verified by: _____ School _____ Date _____



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

COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO

Padre/Tutor:

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

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

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

Apellido del Estudiante Nombre Segundo Nombre Fecha de Nacimiento

Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado, País)_____

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

☐ Acta de Nacimiento Estado_____ Número_____

☐ Pasaporte País_____ Número_____

☐ Visa País_____ Número_____

☐ Otro_____

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

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

.....
(office use only)

Documentation Requirement: ☐ Met ☐ Not Met
Verified by:_____ School _____ Date_____

SR-11(S) (Rev. 1/2018) Distribution: Student's Temporary File < Permanent Birth Record >



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

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.

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

Has your child attended a District 59 Pre-school program?

- a. ☐ Yes School: _____
b. ☐ No

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

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

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

Parent/Guardian (Print) _____ Relationship to Student _____ Date _____

Parent/Guardian Signature _____ Staff Member who Registered Child _____

(For Office Use Only)

Language _____ Language Code # _____ Grade Assignment _____

Request for Language Assessment from ELL Personnel: ☐ Yes ☐ No Date _____



ENCUESTA DEL IDIOMA QUE SE HABLA EN EL HOGAR

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

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

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

- a. ☐ Sí Nombre de la escuela: _____
b. ☐ No

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

1. ¿Se habla en su hogar otro idioma que no sea inglés?

- a. Sí _____ ¿Qué idioma? _____
b. No _____

2. ¿Habla su hijo(a) otro idioma que no sea inglés?

- a. Sí _____ ¿Qué idioma? _____
b. No _____

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

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

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

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

Language _____ Language Code # _____ Grade Assignment _____

Request for Language Assessment from ELL Personnel: ☐ Yes ☐ No Date _____



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

DATA COLLECTION FORM

Student's Name: _____ **School** _____

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

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

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

Choose only one:

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

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

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

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

Parent/Guardian Signature

Date



Community Consolidated School District 59
Estándares de Datos sobre Origen Racial y Étnico del Departamento de Educación de EE.UU.

FORMULARIO DE RECOPIACIÓN DE DATOS

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____

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

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

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

Elija solo uno:

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

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

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

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

Firma del padre/tutor

Fecha



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

STATUS OF PHYSICAL & IMMUNIZATION RECORDS FOR INCOMING STUDENTS

Date: _____

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

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

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

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

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

Sincerely,

School Nurse/Health Care Assistant

Parent/Guardian Completes This Section

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

Previous School of Attendance: _____

Address of Previous School _____

Signature of Parent/Guardian _____



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

ESTADO FÍSICO Y REGISTRO DE VACUNAS DE LOS NUEVOS ESTUDIANTES

Fecha: _____

Estimados Padres o Tutores de: _____

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

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

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

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

Atentamente,

Enfermera Escolar/Asistente de Salud

El Padre/tutor debe llenar la siguiente información

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

(Nombre de la Escuela)

(Fecha)

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

Escuela que asistió anteriormente: _____

Dirección de la escuela anterior: _____

Firma del padre/tutor _____



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

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: _____

YES

NO

3. Does this child take medication on a regular basis?

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.)

YES

NO

4. Are there any other health concerns that the nurse/teacher should be aware of?

Explain: _____

Physician Contact Information

Physician Name: _____ Phone: _____

Name of Practice: _____

Physician Address: _____

Parent(Guardian) Name (please print): _____

Parent (Guardian) Signature _____ Date _____

Return to your child's school health office.



FORMULARIO ANUAL DE SALUD Y EMERGENCIA MÉDICA DEL ESTUDIANTE
AÑO ESCOLAR 20 ____ - 20 ____

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

(apellido(s)) (nombre)

Grado _____ Sexo _____ Escuela _____

Actualización anual del historial de salud

SÍ

NO

1. Este niño tiene: Alergias a alimentos, medicamentos o picaduras de insectos

Asma

Enfermedad crónica

Trastorno convulsivo (epilepsia)

Limitación(es) física(s)

Diabetes

Lentes

Explique:

SÍ

NO

2. Durante los últimos 12 meses, este niño:

Ha sido hospitalizado (incluyendo cirugías)

Ha recibido lesiones graves

Explique:

SÍ

NO

3. ¿Este niño toma medicamentos regularmente?

Explique:

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

SÍ

NO

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

Explique:

Información de contacto del médico

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Nombre de la oficina o clínica: _____

Dirección del médico: _____

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

Firma del padre (tutor): _____ Fecha: _____



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:

● Headaches ● “Pressure in head” ● Nausea or vomiting ● Neck pain ● Balance problems or dizziness ● Blurred, double, or fuzzy vision ● Sensitivity to light or noise ● Feeling sluggish or slowed down ● Feeling foggy or groggy ● Drowsiness ● Change in sleep patterns	● Amnesia ● “Don’t feel right” ● Fatigue or low energy ● Sadness ● Nervousness or anxiety ● Irritability ● More emotional ● Confusion ● Concentration or memory problems (forgetting game plays) ● Repeating the same question/comment
--	--

Signs observed by teammates, parents and coaches include:

● Appears dazed ● Vacant facial expression ● Confused about assignment ● Forgets plays ● Is unsure of game, score, or opponent ● Moves clumsily or displays incoordination ● Answers questions slowly ● Slurred speech	● Shows behavior or personality changes ● Can’t recall events prior to hit ● Can’t recall events after hit ● Seizures or convulsions ● Any change in typical behavior or personality ● Loses consciousness
--	--

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.



CONSENTIMIENTO DEL PADRE PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA ATLÉTICO ENTRE ESCUELAS y

CONFORMIDAD DEL PADRE Y EL ESTUDIANTE CON LA INFORMACIÓN SOBRE LAS CONMOCIONES CEREBRALES

El estudiante y su padre o tutor deben leer y firmar este formulario cada año antes participar en pruebas y competencias de atletismo o deportes interescolares. Este *Formulario de Consentimiento* debe ser completado y devuelto a la Enfermera Escolar.

Nombre Del Estudiante _____
(en letra de imprenta)

Fecha de Nacimiento _____

Para ser leído por el estudiante y el padre o tutor:

1. Deseo participar en competencias de atletismo entre escuelas.
2. Estoy de acuerdo en acatar todas las reglas de conducta y mostraré comportamiento deportivo. Estoy de acuerdo en seguir las instrucciones de los entrenadores, las técnicas de juego y el itinerario de entrenamiento, así como todas las reglas de seguridad.
3. Entiendo que, a fin de participar en el programa de atletismo entre escuelas, debo mantener la elegibilidad académica y seguir las normas de comportamiento correcto, según lo establece el Distrito Escolar 59.
4. Entiendo que la Política de la Junta 7:305 *Conmociones y lesiones cerebrales en el estudiante atleta* requiere, entre otras cosas, que un estudiante atleta que presente señales y síntomas o comportamientos consistentes con una lesión o conmoción cerebral debe eximirse de la participación o removerse de la competencia en ese momento y no se le permitirá jugar a menos que lo autorice un médico que tenga licencia para practicar la medicina en todas sus ramas o un entrenador atlético certificado. He leído la información que se incluye en este documento sobre las Conmociones y lesiones cerebrales en el estudiante atleta.

Para ser leído por el padre o tutor:

1. Soy el padre/tutor del estudiante arriba mencionado y doy mi permiso para que mi hijo(a) o pupilo(a) participe en competencias de atletismo o deportivas entre escuelas.
2. Entiendo que los estudiantes que participan en los programas y pruebas atléticas entre escuelas, o en los partidos, encuentros y/o juegos regulares programados, deben someterse a un examen físico con un médico que tenga licencia, una enfermera especializada o un asociado médico durante los últimos doce meses. También entiendo que el "Certificado de Examen de Salud del Estudiante" debe estar en el expediente de la Oficina de Salud de la escuela antes de que el estudiante participe. El costo del examen físico es la responsabilidad del padre o tutor.

3. Entiendo que debo mostrar prueba de cobertura de seguro de accidente para el estudiante.
4. Soy consciente de que la participación en deportes viene acompañada del riesgo de sufrir una lesión, y entiendo que el grado de peligrosidad y la gravedad del riesgo varían significativamente de un deporte a otro, siendo los deportes de contacto los que mayor riesgo presentan. Soy consciente que la participación en deportes implica viajar con el equipo. Reconozco y acepto los riesgos inherentes al (a los) deporte(s) o el programa atlético en que participaré y en todos los viajes necesarios. Eximo al distrito, sus empleados, agentes, entrenadores, miembros de la Junta de Educación y voluntarios de toda responsabilidad, acciones, reclamaciones o demandas de cualquier tipo y naturaleza que surjan de o en conexión con mi participación en el (los) deporte(s) interescolar(es) auspiciado(s) por la escuela o el programa de atletismo intramural. Los términos aquí incluidos servirán a modo de renuncia y asunción de riesgo de mis herederos, sucesión, albacea, administrador, cesionarios y todos los miembros de mi familia.
5. Entiendo que, a fin de participar en el programa de atletismo entre escuelas, mi hijo(a) debe mantener la elegibilidad académica y las normas de comportamiento correcto, según lo establece el Distrito Escolar 59.
6. Reconozco haber recibido y revisado con mi hijo(a) la siguiente *Información sobre las conmociones cerebrales*.

INFORMACIÓN SOBRE LAS CONMOCIONES CEREBRALES (Ref. 105 ILCS 10/5-20.53, P.A. 97-204)

Una conmoción cerebral es una lesión cerebral, y todas las lesiones cerebrales son graves. Las mismas son causadas por un impacto, golpe o sacudida a la cabeza, o por un golpe a alguna otra parte del cuerpo cuya fuerza es transmitida a la cabeza. Pueden fluctuar desde leves hasta graves y perturbar el funcionamiento normal del cerebro. Aunque la mayoría son leves, **todas las conmociones cerebrales son potencialmente graves y pueden provocar complicaciones, incluyendo daño cerebral prolongado y muerte si no se reconocen y manejan correctamente.** En otras palabras, incluso un toque o un golpe en la cabeza puede ser grave. Las conmociones cerebrales no se pueden ver, y la mayoría de las conmociones cerebrales que ocurren cuando se practican deportes no produce pérdida del conocimiento. Las señales y los síntomas de una conmoción cerebral pueden aparecer justo después de la lesión o tomar varias horas o días para que aparezcan totalmente. Si su hijo(a) indica que presenta síntomas de una conmoción cerebral, o si usted observa los síntomas o las señales de una conmoción, busque atención médica de inmediato.

Los síntomas pueden incluir una o más de las siguientes señales:

● Dolores de cabeza ● “Presión en la cabeza” ● Náuseas o vómitos ● Dolor en el cuello ● Problemas de equilibrio o mareos ● Visión borrosa, doble o turbia ● Sensibilidad a la luz o al ruido ● Sensación de letargo o flojera ● Sensación de confusión o aturdimiento ● Somnolencia ● Cambio en los patrones de sueño	● Amnesia ● “No se siente del todo bien” ● Cansancio o falta de energía ● Tristeza ● Nerviosismo o ansiedad ● Irritabilidad ● Más exaltación que de costumbre ● Confusión ● Problemas de concentración o memoria (olvida las técnicas de juego) ● Repetición de la misma pregunta o comentario
---	---

Las señales observadas por los compañeros de equipo, padres y entrenadores incluyen:

● Parece aturdido ● Expresión ausente ● Confusión con respecto a la asignación ● Olvida las técnicas de juego ● No está seguro del partido, la puntuación o el oponente ● Se mueve torpemente o le falta de coordinación ● Responde preguntas lentamente ● Dificultad para hablar	● Muestra cambios de comportamiento o personalidad ● No puede recordar eventos ocurridos antes del golpe ● No puede recordar eventos ocurridos después del golpe ● Ataques cerebrales o convulsiones ● Cambios en el comportamiento típico o la personalidad ● Pérdida del conocimiento
---	---

¿Qué puede ocurrir si mi hijo(a) sigue jugando con una conmoción cerebral o regresa demasiado pronto al juego?

Los atletas que presentan señales y síntomas de una conmoción cerebral deben ser inmediatamente retirados del juego. Continuar jugando con las señales y los síntomas de una conmoción cerebral hace que el atleta joven sea especialmente vulnerable a una lesión mayor. Existe un mayor riesgo de daño significativo de una conmoción cerebral durante un período de tiempo después de que se produce dicha conmoción, especialmente si el atleta sufre otra conmoción cerebral antes de recuperarse totalmente de la primera. Esto puede conducir a una recuperación prolongada o incluso causar inflamación cerebral severa (síndrome del segundo impacto) con consecuencias devastadoras e incluso fatales. Es bien sabido que los atletas adolescentes a menudo no reportan síntomas luego de sufrir una lesión. Las conmociones cerebrales no son diferentes. Como resultado, la educación de los administradores, entrenadores, padres y estudiantes es clave para la seguridad del estudiante atleta.

Si usted cree que su hijo(a) ha sufrido una conmoción cerebral

Cualquier atleta que se sospeche sufra una conmoción cerebral debe ser inmediatamente removido del juego o la práctica. Ningún atleta puede regresar a la actividad después de sufrir una lesión aparente en la cabeza o conmoción cerebral, independientemente de cuan leve parezca o cuan rápidamente desaparezcan los síntomas, sin previa autorización médica. Se debe continuar observando estrechamente al atleta durante varias horas. La política de la Asociación de Escuelas Preparatorias de Illinois (conocida en inglés como IHSA) requiere que, antes de volver a jugar o practicar, los atletas que han sufrido una posible lesión o conmoción cerebral o que han sido retirados de una competencia intercolegial y no han recibido autorización para regresar a dicha competencia deben proporcionar a su escuela una autorización escrita o bien de un médico que tenga licencia para practicar la medicina en todas sus ramas o bien de un entrenador atlético certificado que trabaje junto con un médico que tenga licencia para practicar la medicina en todas sus ramas. De conformidad con la ley del estado, todas las escuelas que sean miembros de IHSA deben seguir esta política.

Usted también debe informar al entrenador de su hijo(a) si cree que su hijo(a) puede tener una conmoción cerebral. Recuerde que es mejor perderse un partido que perderse toda la temporada. Y, en caso de duda, el atleta no deben participar en el partido.

Para obtener información actualizada sobre las conmociones cerebrales, visite:
<http://www.CDC.gov/ConcussionInYouthSports/>

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Proveedor del seguro médico _____

Núm. del grupo _____ Núm. de identificación _____

Tanto el padre o tutor como el estudiante deben firmar para indicar que están de acuerdo con estas condiciones y que ambos han leído la información acerca de las conmociones cerebrales.

Escuela **Grado**

Firma del estudiante **Fecha**

Nombre del estudiante (en letra de molde) **Fecha**

Firma del padre/tutor **Fecha**

DEVUELVA ESTE FORMULARIO FIRMADO A LA ENFERMERA EN LA OFICINA DE SALUD DE LA ESCUELA.



Students

Exhibit - Using a Photograph or Video Recording of a Student

Student Name _____ **School year** _____

Photographs, Videos or Digital Images of Students

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

Request to Exclude Child from Release of Directory Information

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

Parent/Guardian Name _____

Parent/Guardian signature _____ Date _____

Pictures of Students Taken By Non-School Agencies

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



Estudiantes

Prueba - Uso de foto o vídeo de un estudiante

Nombre del estudiante _____ **Año escolar** _____

Fotos, vídeos o imágenes digitales de los estudiantes

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

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

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

Nombre del padre o tutor _____

Firma del padre o tutor _____ Fecha _____

Fotos de los estudiantes tomadas por agencias no escolares

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



Annual Authorization for Internet and Electronic Network Access

INTRODUCTION

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

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

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



Annual Authorization for Internet and Electronic Network Access

STUDENT'S NAME _____ **STUDENT I.D.** _____

SCHOOL _____ **SCHOOL YEAR:** _____ **GRADE LEVEL** _____

Student (or Parent on Behalf of the Student) Release

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

Student's Name (Please Print)

Student's Signature (student or parent on behalf of the student) _____ Date

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

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

Parent/Guardian's Name (Please Print)

Parent/Guardian's Signature _____ Date



Autorización anual para el acceso a Internet y la red electrónica

Introducción

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

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

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



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

NOMBRE DEL ESTUDIANTE_____ **I.D. DEL ESTUDIANTE**_____

ESCUELA_____ **AÑO ESCOLAR:**_____ **GRADO**_____

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

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

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

Firma del estudiante (o padre en nombre del estudiante)

Fecha

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

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

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

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

Firma del padre o tutor

Fecha

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



Availability of Student Disciplinary Policies and Procedures

STUDENT'S NAME _____ SCHOOL YEAR _____

SCHOOL _____

Parent/Guardian Release

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

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

Parent/Guardian's Name (Please Print)

Parent/Guardian's Signature

Date



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

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ **AÑO ESCOLAR** _____

ESCUELA _____

Relevo del padre/tutor

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

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

Nombre del padre/tutor (en letra de molde)

Firma del padre/tutor

Fecha



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		Child 1		Child 2		Child 3	
		Student Name					
		Student I.D. Number					
		Grade					
Required School Fees	Instructional Materials Fee	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				
Optional School Fee	Yearbook	Pre-order price only thru 1/31/19	\$25.00				
	Technology Protection Plan	Optional	\$25.00				
	TOTAL DUE \$						

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

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



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

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

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

Por favor, indique cada estudiante que asiste a esta escuela.	Nombre del estudiante		Estudiante 1	Estudiante 2	Estudiante 3
	Número de identificación				
	Grado				
Cuotas escolares requeridas	Cuota de materiales de enseñanza	Requerida	\$65.00		
	Uniforme de Educación Física - Camisa	Requerida al inscribirse, luego es opcional.	\$8.00		
	Uniforme de Educación Física - Pantalón		\$7.00		
	Cuota de educación al aire libre	6° grado solamente	\$25.00		
	Cuota de graduación	8° grado solamente	\$25.00		
Cuotas escolares opcionales	Anuario	Precio de preventa hasta 31-ene-19	\$25.00		
	Plan de Protección de Tecnología	Opcional	\$25.00		
	TOTAL A PAGAR		\$		

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

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



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

SR-9 (Rev 1/18) Distrib: Student's Previous School, Temp File

