



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

PG 1 OF 2

Registration Staff - Please complete both sides of this form!

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

Form #	Form Name	ELC	K	1 - 5	JH
SR-13 OR SR-5	Verification of Student Residence and Copies of 3 Proofs				
SR-39	New Student Registration/Emergency Contact				
SR-11	Permanent Birth Record and Birth Certificate				
SR-12	Home Language Survey*** (completed only once)				
SR-36	Data Collection Form				
H-29	Status of Physical/Immunization Records				
H-103	Annual Student Health Form				
H-115A	Parent Consent for Athletics/Proof of Medical Insurance				
T-42	Transportation Request Form				
SR-37	Student Photo Permission Form				
SR-38A/B	Annual Authorization for Internet Access				
SR-42	Discipline Policy Agreement Form				
EC-10	Proof of Family Income				
YAF	Young Athletes Permission Form				
ILC-1	CCSD59 Software Application Permission Form				
ILC-2	Student Device Responsible Use Form				
ILC-3	Student Device Protection Plan Form (Optional but due no later than 30 days from the start of the school year)				
Fee Form	Fees Form (for applicable grade only)				
SR-9	Request for Student Records				

Forms due later:

Form #	Form Name	ELC	K	1 - 5	JH
H-11	IL Dept of Health Dental Exam Form				
H-67	State of IL Eye Exam Report				
IL-444-4737 (H12)	State of IL Cert of Child Health Exam				

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

If required, enter date and time of testing appt: _____

(SEE OTHER SIDE FOR ADDITIONAL QUESTIONS)

ILC-5

New Student Enrollment Checklist

Revision 12/5/19

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

Did child attend ELC? _____ Yes _____ No

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

If yes, date requested and name of organization:

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

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

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

Additional Notes or Follow-Up Needed:

Registered by: _____ Date: _____

BIRTH DATES BY GRADE LEVEL				
BIRTH DATE				
FROM	TO	2019/2020	2020/2021	2021/2022
9/2/2005	9/1/2006	8		
9/2/2006	9/1/2007	7	8	
9/2/2007	9/1/2008	6	7	8
9/2/2008	9/1/2009	5	6	7
9/2/2009	9/1/2010	4	5	6
9/2/2010	9/1/2011	3	4	5
9/2/2011	9/1/2012	2	3	4
9/2/2012	9/1/2013	1	2	3
9/2/2013	9/1/2014	K	1	2
9/2/2014	9/1/2015		K	1
9/2/2015	9/1/2016			K



CCSD59

COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59

1001 Leicester Road | Elk Grove Village, IL 60007 Ph: (847) 593-4300 | Fax: (847) 593-4352

PARENT/GUARDIAN VERIFICATION OF STUDENT RESIDENCE

All students attending CCSD59 schools must be legal residents of the District. Generally, IL law provides that the residence of a student is the same as the person who has legal custody of the student.

PARENTS OF NEW STUDENTS & TRANSFERRING STUDENTS MUST PROVE RESIDENCY AT TIME OF REGISTRATION. RETURNING STUDENTS ENTERING 3rd & 6th GRADE MUST PROVE RESIDENCY AT THE SCHOOL BETWEEN JULY 29 - AUGUST 11. 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 (effective 1st day of school) 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 _____	☐ Postmarked mail addressed to military personnel
			☐ Lease Agreement for occupancy
		☐ Proof of ownership of residence	

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 (Attach DCFS Documentation)

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



CCSD59

COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59
1001 Leicester Road | Elk Grove Village, IL 60007 Ph: (847) 593-4300 Fax: (847) 593-4352

VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA PARA LOS TUTORES DE LOS ESTUDIANTES

Todos los estudiantes que asisten a las escuelas del CCSD59 deben vivir dentro de los linderos del distrito. Generalmente la ley de IL estipula que la residencia del estudiante debe ser la misma que la de la persona que tiene la custodia legal.

LOS PADRES DE LOS NUEVOS ESTUDIANTES Y LOS ESTUDIANTES TRANSFERIDOS DEBEN COMPROBAR LA RESIDENCIA AL MOMENTO DE LA INSCRIPCIÓN. LOS ESTUDIANTES QUE INGRESAN AL 3º Y 6º GRADO QUE REGRESAN DEBEN COMPROBAR LA RESIDENCIA EN LA ESCUELA ENTRE EL 29 DE JULIO AL 11 DE AGOSTO. NO SE LES PERMITIRÁ COMENZAR LA ESCUELA A LOS ESTUDIANTES 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 gerente y prueba del pago de los últimos meses (efectivo 1er día de clases)	☐ 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.				
Categoría C – Ninguno de los documentos en la Categoría A o B son aplicables porque:	☐ 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 si 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

Please Print and Complete Both Sides

Student ID	School	Grade

Office Use Only

Student Name: _____
Last First Middle

Gender of Student: Male ____ Female ____ Student Birthdate: (mm/dd/yyyy) __/__/__

Address: _____ City: _____

Zip Code: _____ Primary Phone Number: _____

Apt./ Lot/ Unit #: _____ Complex/Mobile Home Park Name: _____

Date Your Student Entered a U.S. School/Pre-School/Day Care: (mm/dd/yyyy) __/__/____

Name of Last School/Pre-School/Day Care Attended & State: _____, _____

Is Your Student Receiving any Special Services? Special Education ____ English Learner ____

Primary Parent/Guardian Name: _____
Mr. Mrs. Ms. Miss. Dr. Last First

Relationship to Student: Mother ____ Father ____ Other ____

Custody: Yes ____ No ____ Lives With: Yes ____ No ____ Pick Up: Yes ____ No ____

Primary Parent Email: _____

Cell Phone # _____ Work Phone # _____

Secondary Parent/Guardian Name: _____
Mr. Mrs. Ms. Miss. Dr. Last First

Relationship to Student: Mother ____ Father ____ Other ____

Custody: Yes ____ No ____ Lives With: Yes ____ No ____ Pick Up: Yes ____ No ____

Secondary Parent Email: _____

Cell Phone # _____ Work Phone # _____

Optional:

I am a member of the United States Armed Forces or Full Time National Guard: Yes____ No____

Active Duty Start Date: __ / __ / ____

I am on active duty / expected to be deployed to active duty during the school year: Yes____ No____

EMERGENCY CONTACT INFORMATION *other than Parent(s):*

Name: _____ Phone #: _____ Relationship: _____

Name: _____ Phone #: _____ Relationship: _____

Name: _____ Phone #: _____ Relationship: _____

***List all student's siblings currently enrolled in District 59 schools (Brother(s), Sister(s),
Step-Brother(s), Step-Sister(s))***

Name	School Name	Birthdate	Grade

Parent Printed Name: _____

Parent Signature: _____

Date: _____

Additional Notes-Office Use Only:

--



Formulario de Registro para nuevo estudiante y de contacto de emergencia

Por favor imprima y complete ambos lados

Identificación del estudiante	Escuela	Grado

Solo para el uso en la oficina

Nombre del estudiante: _____
Apellido Nombre Segundo

Sexo del Estudiante: Masculino ___ Femenino ___ Fecha de Nacimiento del Estudiante: (mm/dd/aaaa) __/__/__

Dirección: _____ Ciudad: _____

Código postal: _____ Número de teléfono principal: _____

Número de Apt./Lote/Unidad: _____ Nombre del complejo/casa móvil: _____

Fecha en que su estudiante ingresó a una escuela/preescolar/guardería de EE. UU. :(mm/dd/aaaa) __/__/__

Nombre de la última escuela/preescolar/guardería atendida y estado: _____ , _____

¿Su estudiante recibe algún servicio especial? Educación Especial ___ Estudiantes de Inglés ___

Nombre de Padre Primario/Tutor _____
Sr. Sra. Srta. Dr. Apellido Nombre

Relación con el estudiante: Madre ___ Padre ___ Other _____

Custodia: Sí ___ No ___ Vive con usted: Sí ___ No ___ Recoge: Sí ___ No ___

Correo electrónico de padre primario: _____

Número de teléfono del celular _____ Número de teléfono del trabajo _____

Nombre de padre/tutor secundario: _____
Sr. Sra. Srta. Dr. Apellido Nombre

Relación con el estudiante: Madre ___ Padre ___ Otro _____

Custodia: Sí ___ No ___ Vive con usted: Sí ___ No ___ Recoge: Sí ___ No ___

Correo electrónico de padre secundario: _____

Número de teléfono del celular _____ Número de teléfono del trabajo _____

Opcional:

Soy miembro del Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o Guardia Nacional a tiempo completo:

Sí ____ No ____

Fecha de inicio del servicio activo: __ / __ / ____

Estoy en servicio activo/se espera que sea desplegado al servicio activo durante el año escolar:

Sí ____ No ____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA que no sean los padre(s):

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Relación: _____

***Lista de todos los hermanos de los estudiantes actualmente inscritos en las escuelas del Distrito 59
(Hermano(s), Hermana(s), Hermanastro(s), Hermanastra(s))***

Nombre	Nombre de la escuela	Fecha de nacimiento	Grado

Nombre impreso de padre: _____

Firma de padre: _____

Fecha: _____

Additional Notes-Office Use Only (Solo para el uso en la oficina)

--



COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59

1001 Leicester Road | Elk Grove Village, IL 60007

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

PERMANENT BIRTH RECORD

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

1001 Leicester Road Elk Grove Village, IL 60007

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

COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO

Padre/Tutor:

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

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

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

Apellido del Estudiante Nombre Segundo Nombre Fecha de Nacimiento

Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado, País)_____

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

☐ Acta de Nacimiento Estado_____ Número_____

☐ Pasaporte País_____ Número _____

☐ Visa País_____ Número _____

☐ Otro_____

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

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

(office use only)

Documentation Requirement: ☐ Met ☐ Not Met

Verified by: _____ School _____ Date _____



COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59

1001 Leicester Road | Elk Grove Village, IL 60007

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 # _____

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 _____

Parent Language Preference for School Mailings: English ____ Spanish ____ Polish ____

**COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59**

1001 Leicester Road | Elk Grove Village, IL 60007

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

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 # _____

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 _____

Parent Language Preference for School Mailings: English _____ Spanish _____ Polish _____



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

1001 Leicester Road | Elk Grove Village, IL 60007

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 date) 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

1001 Leicester Road | Elk Grove Village, IL 60007

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**

1001 Leicester Road | Elk Grove Village, IL 60007

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: _____

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.)

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 _____

Please return to your child's school health office.

H-103 (Rev. 11/19) Distribution: health file

**COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59**

1001 Leicester Road | Elk Grove Village, IL 60007

Phone: (847) 593-4300

**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: _____

Devuelva a la oficina de salud de la escuela de su hijo(a).**H-103 (Rev. 11/19) Distribution: Health File**



Community Consolidated School District 59

Transportation Request Form

School Year 20__ - 20__

INSTRUCTION TO PARENT OR GUARDIAN: Please complete this form **ONLY** if the requested pick-up or drop-off location for your student is **DIFFERENT than the closest stop to your home address or if no transportation is required for drop-off and/or pick-up**. If this form is not completed, the default location will be assigned, which is the stop closest to your home address.

Any changes require a minimum of 3 days notice; changes at the beginning of the school year require 2 weeks' notice. These instructions will remain in place for the entire program listed below and cannot be changed without further written authorization.

Submit this signed form to your child's school.

This request is being made for the following CCSD59 Program: ☐ Regular School Year ☐ Summer School Program (specify): _____

Please print: Student Name: _____ ID # _____

School Name: _____ Program _____

Grade Level: _____ Kindergarten/PreK: ☐ Full Day Program ☐ AM Program ☐ PM Program

Home Address: _____ City: _____ Zip: _____

Home Phone Number: _____ Language Spoken (if not English): _____

Check only ONE option for pick-up and ONE option for drop-off. All pick-up and drop-off sites must be located within CCSD59 and School boundaries. Alternating days of the week or multiple locations for pick-up or drop-off are not allowed.

Pick-up Information

- ☐ No bus is required, parent will transport
- ☐ Other: Please provide detailed information below:
Site Address: _____
City and Zip: _____
Phone # for this location: _____
Relationship to student: _____

Drop-off Information

- ☐ No bus is required, parent will transport
- ☐ Other: Please provide detailed information below:
Site Address: _____
City and Zip: _____
Phone # for this location: _____
Relationship to student: _____

Parent or Guardian Signature: _____ Date: _____

**This section is for IEP (504) students only: To be completed by CCSD59 authorized coordinators only.
The following information must be based on IEP (504) requirements.**

Date for service to begin: _____ Type of bus authorized: ☐ Lift ☐ Able to ride gen ed bus

Type of service authorized: ☐ Curb to curb ☐ Curb to curb (no escort required) ☐ Aide

Special Requirements: ☐ Child Securement Child's Weight: _____ Other: _____

Other pertinent information: _____

LEA Coordinator Authorization Signature: _____ Date: _____

This section is to be completed by Transportation Department Only

Date received: _____ Route Assignment: _____ Effective Date: _____

Contractor notification date: _____ Parent/School notification date: _____

Processed by: _____



Community Consolidated School District 59

Transportation Request Form

School Year 20__ - 20__

INSTRUCCIONES PARA EL PADRE O TUTOR: Complete este formulario **SOLO** si solicita que se recoja o deje al estudiante en un lugar **DIFERENTE a la parada más cercana a la dirección residencial o si no necesita transporte para recoger y/o llevar** al estudiante. Si no completa este formulario, se asignará la parada estándar, que será la más cercana a su dirección residencial. Los cambios deben notificarse al menos con tres (3) días de anticipación. Los cambios al comienzo del año escolar deben notificarse con dos (2) semanas de anticipación. Estas instrucciones permanecerán en vigor durante todo el programa indicado y no se pueden cambiar sin autorización escrita.

Entregue este formulario firmado a la escuela de su hijo(a).

Esta solicitud es para el siguiente programa de Distrito 59: ☐ Año escolar regular ☐ Programa de verano
(Especifique el programa): _____

Estudiante (letra de molde): _____

Escuela: _____

Grado: _____ Kindergarten/Pre-K: ☐ Día completo ☐ Programa AM ☐ Programa PM

Dirección residencial: _____ Ciudad: _____ Zona Postal: _____

Teléfono residencial: _____ Idioma (si no es inglés): _____

Marque solo UNA opción para recoger y UNA opción para dejar. Todos los lugares para recoger y dejar deben estar ubicados dentro de los límites del Distrito 59. No se permite alternar días de la semana o indicar múltiples lugares para recoger y dejar.

Información de dónde recoger

- ☐ No se requiere autobús, uno de los padres transportará.
- ☐ Otro: Por favor, incluya información detallada a continuación
Dirección del lugar: _____
Ciudad: _____
Teléfono del lugar: _____
Relación con el estudiante: _____

Información de dónde dejar

- ☐ No se requiere autobús, uno de los padres transportará.
- ☐ Otro: Por favor, incluya información detallada a continuación
Dirección del lugar: _____
Ciudad: _____
Teléfono del lugar: _____
Relación con el estudiante: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

**This section is for IEP (504) students only: To be completed by CCSD59 authorized coordinators only.
The following information must be based on IEP (504) requirements.**

Date for service to begin: _____ Type of bus authorized: ☐ Lift ☐ Able to ride gen ed bus

Type of service authorized: ☐ Curb to curb ☐ Curb to curb (no escort required) ☐ Aide

Special Requirements: ☐ Child Securement Child's Weight: _____ Other: _____

Notes: _____

LEA Coordinator Authorization Signature: _____ Date: _____

This section is to be completed by Transportation Department Only

Date received: _____ Route Assignment: _____ Effective Date: _____

Contractor notification date: _____ Parent/School notification date: _____

Processed by: _____



State of Illinois Certificate of Child Health Examination

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

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

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



State of Illinois
Certificate of Child Health Examination

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

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

ApellidoNombreInicial			Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año		Sexo	Escuela	Grado/Núm. de Ident.
HISTORIAL MÉDICO- PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR PADRES/TUTOR Y VERIFICADO POR EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD							
ALERGIAS (Alimentos, drogas, insectos, otro)		Sí No	Anótelas todas:		MEDICINAS (Anote todas las recetas o tomadas con regularidad)	Sí No	
¿Tiene diagnóstico de asthma?		Sí	No		¿Tiene pérdida de funciones en uno de los órganos? (Ojos/Oídos/Riñones/Testículos)		Sí No
¿Despierta el niño tosiendo en la noche?							
¿Tiene defectos de nacimiento?		Sí	No		¿Ha sido hospitalizado?		Sí No
¿Tiene retrasos del desarrollo?		Sí	No		¿Cuándo? ¿Para qué?		
¿Tiene problemas de la sangre? Hemofilia, Glóbulos Falciformes (Sickle Cell), Otro		Sí	No		¿Ha tenido alguna cirugía?(anótelas todas)		Sí No
¿Tiene diabetes?		Sí	No		¿Cuándo? ¿Para qué?		
¿Tiene heridas en la cabeza/golpe/desmayo?		Sí	No		¿Ha tenido heridas graves o enfermedades?		Sí No
¿Tiene convulsiones? Cómo se manifiestan?		Sí	No		¿Prueba positiva de TB (Pasado o Presente)?		Sí No
¿Tiene problemas cardiacos/No respira bien?		Sí	No		¿Enfermedad de TB (Pasado o Presente)?		Sí No
¿Tiene soplo en el corazón/presión arterial alta?		Sí	No		¿Usa tabaco (tipo, frecuencia)?		Sí No
¿Tiene mareos o dolor de pecho al hacer ejercicios?		Sí	No		¿Toma alcohol/drogas?		Sí No
¿Problemas con los ojos/visión? _____ Lentes ☐ Lentes de Contacto ☐ Último examen _____					Dental ☐ Ganchos ☐ Puente ☐ Placas Otro		
¿Otras Preocupaciones? (bizco, párpados caídos, parpadear, dificultad cuando lee)							
¿Tiene problemas de los oídos/no oye bien?		Sí	No		La información en este formulario se puede compartir con el personal apropiado para propósitos de salud y educación.		
¿Tiene problemas de los huesos/articulaciones/heridas/escoliosis?		Sí	No		Firma del Padre/TutorFecha		
PHYSICAL EXAMINATION REQUIREMENTS Entire section below to be completed by MD/DO/APN/PA							
HEAD CIRCUMFERENCE if < 2-3 years old		HEIGHT		WEIGHT		BMI	B/P
DIABETES SCREENING (NOT REQUIRED FOR DAY CARE) BMI>85% age/sex Yes ☐ No ☐ And any two of the following: Family History Yes ☐ No ☐				Ethnic Minority Yes ☐ No ☐ Signs of Insulin Resistance (hypertension, dyslipidemia, polycystic ovarian syndrome, acanthosis nigricans) Yes ☐ No ☐ At Risk Yes ☐ No ☐			
LEAD RISK QUESTIONNAIRE: Required for children age 6 months through 6 years enrolled in licensed or public school operated day care, preschool, nursery school and/or kindergarten. (Blood test required if resides in Chicago or high risk zip code.)							
Questionnaire Administered? Yes ☐ No ☐		Blood Test Indicated? Yes ☐ No ☐		Blood Test Date		Result	
TB SKIN OR BLOOD TEST Recommended only for children in high-risk groups including children immunosuppressed due to HIV infection or other conditions, frequent travel to or born in high prevalence countries or those exposed to adults in high-risk categories. See CDC guidelines. http://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/testing/TB_testing.htm .							
No test needed ☐		Test performed ☐		Skin Test: Date Read / /		Result: Positive ☐ Negative ☐ mm_____	
				Blood Test: Date Reported / /		Result: Positive ☐ Negative ☐ Value	
LAB TESTS (Recommended)		Date	Results			Date	Results
Hemoglobin or Hematocrit					Sickle Cell (when indicated)		
Urinalysis					Developmental Screening Tool		
SYSTEM REVIEW	Normal	Comments/Follow-up/Needs				Normal	Comments/Follow-up/Needs
Skin					Endocrine		
Ears		Screening Result:			Gastrointestinal		
Eyes		Screening Result:			Genito-Urinary		LMP
Nose					Neurological		
Throat					Musculoskeletal		
Mouth/Dental					Spinal Exam		
Cardiovascular/HTN					Nutritional status		
Respiratory		☐ Diagnosis of Asthma			Mental Health		
Currently Prescribed Asthma Medication: ☐ Quick-relief medication (e.g. Short Acting Beta Agonist) ☐ Controller medication (e.g. inhaled corticosteroid)					Other		
NEEDS/MODIFICATIONS required in the school setting					DIETARY Needs/Restrictions		
SPECIAL INSTRUCTIONS/DEVICES e.g., safety glasses, glass eye, chest protector for arrhythmia, pacemaker, prosthetic device, dental bridge, false teeth, athletic support/cup							
MENTAL HEALTH/OTHER Is there anything else the school should know about this student? If you would like to discuss this student's health with school or school health personnel, check title: ☐ Nurse ☐ Teacher ☐ Counselor ☐ Principal							
EMERGENCY ACTION needed while at school due to child's health condition (e.g., seizures, asthma, insect sting, food, peanut allergy, bleeding problem, diabetes, heart problem)? Yes ☐ No ☐ If yes, please describe.							
On the basis of the examination on this day, I approve this child's participation in (If No or Modified please attach explanation.)							
PHYSICAL EDUCATION Yes ☐ No ☐ Modified ☐ INTERSCHOLASTIC SPORTS Yes ☐ No ☐ Modified ☐							
Print Name		(MD,DO, APN, PA)			Signature		Date
Address		Phone					



COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59

1001 Leicester Rd. | Elk Grove Village, IL 60007

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

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 programs 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.

SR-37 Updated 1/8/20

7:340-AP1, E2

Page 1 of 1



COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59

1001 Leicester Rd. | Elk Grove Village, IL 60007

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

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



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](https://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 <http://bit.ly/D59FRG>, 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



PROOF OF FAMILY INCOME

Child's full name: _____

Date of birth: _____

Primary caregiver's name: _____

Relationship to child: _____

Other caregiver's name: _____

Relationship to child: _____

Family's ANNUAL household income \$ _____

FOR OFFICE USE ONLY

Method of Verification: *(Mark all that apply.)*

Public benefits:

- ☐ WIC (185% FPL) ☐ Medicaid Card (138%, **must** be in parent(s)' name) ☐ SNAP (165% FPL)
- ☐ TANF (50% FPL) ☐ CCAP (162%)

Proof of Income (required only if no proof of public benefits above):

- ☐ Paystubs (two most recent, consecutive) ☐ SSI ☐ Tax return (most recent)
- ☐ W-2 (most recent) ☐ Verification/letter from employer

Family/Household at or below 200% of the Federal Poverty Level? ☐ YES ☐ NO

I verified the applicant's income eligibility. I have indicated which artifact I used for proof of income above.

Staff Signature: _____ **Date:** _____

Number of persons in Family/Household _____

1900 Lonquist Blvd. - Mount Prospect, IL 60056

P: (847) 593-4306 | F: (847) 593-7199 | elc.ccsd59.org

EC-10 (rev. 11/2019) Distribution: district file, team file



COMPROBANTE DE INGRESOS FAMILIARES

Nombre completo del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de cuidador principal: _____

Relación al niño: _____

Nombre del otro cuidador principal: _____

Relación al niño: _____

Ingreso familiar anual \$ _____

FOR OFFICE USE ONLY

Method of Verification: *(Mark all that apply.)*

Public benefits:

- ☐ WIC (185% FPL) ☐ Medicaid Card (138%, **must** be in parent(s)' name) ☐ SNAP (165% FPL)
- ☐ TANF (50% FPL) ☐ CCAP (162%)

Proof of Income (required only if no proof of public benefits above):

- ☐ Paystubs (two most recent, consecutive) ☐ SSI ☐ Tax return (most recent)
- ☐ W-2 (most recent) ☐ Verification/letter from employer

Family/Household at or below 200% of the Federal Poverty Level? ☐ YES ☐ NO

I verified the applicant's income eligibility. I have indicated which artifact I used for proof of income above.

Staff Signature: _____ **Date:** _____

Número de personas en el hogar _____

1900 Lonquist Blvd. - Mount Prospect, IL 60056

P: (847) 593-4306 | F: (847) 593-7199 | elc.ccsd59.org

EC-10 (rev. 112019) Distribution: district file, team file



Dear Parent/Guardian,

Your son/daughter's school has been selected and will be participating in the Young Athletes program. This is a program that will take place at the Early Learning Center during motor time with their teacher. The Young Athletes program is a program offered free of charge through Special Olympics Illinois.

The Young Athletes program is an all-inclusive sports play program for children with and without intellectual disabilities. This program is designed to introduce all children ages 2-7 into the world of sports. Young Athletes will prove enormous benefits on multiple levels, allowing your child to improve physically, cognitively and socially.

This program is designed to address two specific levels of play. Level 1 includes physical activities focused on developing fundamental motor skills and eye-hand coordination. Level 2 concentrates on the application of these physical activities through a sports skills activity program and developing skills consistent with Special Olympics sports play. The activities will consist of foundational skills, walking & running, balance & jumping, trapping & catching, throwing, striking, kicking and advanced skills. I hope this program will also raise awareness of the Special Olympics program and serve as an introduction for you to the resources and support available within Special Olympics.

In the eyes of Special Olympics Illinois, this is a training program only; however, all students active in the Young Athletes program will participate in our Culminating Event. This event will be held at the Early Learning Center in the springtime. At this time, each student will receive a t-shirt and awards for their participation, followed by drinks and snacks for all our Young Athletes and their family members.

We are very excited about this program and your family's participation! Please complete and sign the attached permission form and return it to your child's teacher allowing them to participate in this program. **The permission form is due at the time of registration if you would like your child to participate in the Young Athletes program!** If you should have any questions about the program, would like to get further involved or have questions in regards to Special Olympics, please contact Marlyn Orozco, Family Facilitator, at (847) 472-3677 or orozo.marlyn@ccsdCCSD59.org.

Sincerely,

Marlyn Orozco, Family Facilitator



Queridos Padres,

La escuela de su hijo(a) estará participando en el programa de Jóvenes Atletas. Este es un programa que se estará llevándose a cabo en la escuela de su hijo(a) durante el horario escolar. El programa de Jóvenes Atletas es un programa se ofrece a través de Olimpiadas Especiales de Illinois.

El programa de Jóvenes Atletas es un programa de deportes con todo incluido para niños con y sin discapacidades intelectuales. Este programa está diseñado para introducir a los niños de 2-7 años en el mundo de los deportes. El programa de Jóvenes Atletas demostrará beneficios enormes en varios niveles a su hijo(a). Las actividades ayudarán a su hijo(a) a mejorar de desarrollo físico, cognitivo y social.

Este programa está diseñado para hacer frente a dos niveles específicos de juego. El nivel 1 incluye actividades físicas enfocadas en el desarrollo de habilidades motoras fundamentales y la coordinación ojo-mano. El nivel 2 se centra en la aplicación de estas actividades físicas a través de un programa de actividades deportivas y en desarrollo en consonancia con los deportes de Olimpiadas Especiales. Las actividades consistirán en habilidades básicas, caminar y correr, equilibrio y saltar, atrapar, lanzar, golpear, patear y habilidades avanzadas. Espero que este programa también levante la conciencia del programa de Olimpiadas Especiales y sirva como una introducción para usted a los recursos y el apoyo disponible dentro de Olimpiadas Especiales.

A los ojos de las Olimpiadas Especiales de Illinois, este es un programa solamente de entrenamiento. Sin embargo, todos los estudiantes activos en el programa de Jóvenes Atletas participarán en nuestro evento culminante. Este evento se llevará a cabo en el Early Learning Center en la primavera. En este momento, cada estudiante recibirá una camiseta y premios por su participación, seguido con bebidas y meriendas para todos nuestros Jóvenes Atletas y sus familias.

¡Estamos muy emocionados con este programa y la participación de su familia! Por favor, complete y firme el formulario de autorización adjunto y asegúrese de devolverlo a la maestra de su hijo(a) lo que les permite participar en este programa. **El formulario de permiso se debe a la escuela de su hijo(a) al momento de inscripción si desea que su hijo(a) participe en el programa de Jóvenes Atletas.** Si tiene alguna pregunta sobre el programa, le gustaría involucrarse más o si tiene preguntas sobre las Olimpiadas Especiales, por favor póngase en contacto con: Marlyn Orozco, Facilitadora de Familias al (847) 472-3677 o orozco.marlyn@ccsd59.org.

Atentamente,

Marlyn Orozco
Facilitadora de Familias

Nombre de Atleta: _____ Nombre del Padre/Tutor: _____
(Apellido) (Nombre) (Apellido) (Nombre)

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de nacimiento: Mes ____ Día ____ Año ____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Teléfono: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre de Contacto Secundario: _____ Teléfono: _____

Talla de Camiseta del Atleta: ☐ Chico/Niño ☐ Mediano/Niño ☐ Grande/Niño ☐ Chico/Adulto ☐ Mediano/Adulto

Información Básica de la Salud:

Problema del Corazón	☐ Si	☐ No	Ciego	☐ Si	☐ No
Diabetes	☐ Si	☐ No	Sordo	☐ Si	☐ No
Epilepsia	☐ Si	☐ No	Hepatitis	☐ Si	☐ No
Síndrome Down	☐ Si	☐ No	Si dijo si → Claro AAI:	☐ Si	☐ No

Otro: _____ Alergias: _____

Étnica: ☐ Caucásico ☐ Negro/Afroamericano ☐ Asiático ☐ Hispano/Latino

☐ Otro: _____

El Joven Atleta está siendo registrado(a) como: ☐ Joven Atleta Tradicional (Con discapacidad intelectual)
☐ Joven Atleta Pareja (Sin discapacidad intelectual)

Forma de Consentimiento

Soy el padre/tutor del participante menor en nombre de quien estoy presentando esta aplicación para participar en las Olimpiadas Especiales. El participante tiene mi permiso para participar en las actividades de los Olimpiadas Especiales. Además yo represento y garantizo por mi conocimiento y creencia que el participante está físicamente y mentalmente capaz de participar en las Olimpiadas Especiales de Atletas Juveniles.

Permitiendo al participante de participar, yo garantizo mi permiso, para siempre, a las Olimpiadas Especiales de usar el nombre, su voz y sus palabras en la televisión, radio, videos, periódicos, revistas y otros medios de comunicación y en cualquier forma para el propósito de las actividades. Yo también entiendo que la información que se colecte de los Atletas Juveniles será usada para planear, evaluar y mejorar el programa.

Si sucede alguna emergencia médica durante la participación del participante en las actividades de las Olimpiadas Especiales, en el tiempo que yo no esté presente para ser consultado(a) en cuanto el cuidado a el participante, yo autorizo a las Olimpiadas Especiales en mi nombre de tomar cualquier acción para asegurarse que el participante se le dé el tratamiento médico necesario, incluyendo hospitalización, cual las Olimpiadas Especiales aconsejaría para proteger la salud y bienestar del participante. **(SI USTED TIENE ALGUNA OBJECCIÓN RELIGIOSA DE RECIBIR TRATAMIENTOS MÉDICOS, POR FAVOR PÓNGASE EN CONTACTO CON LAS OLIMPIADAS ESPECIALES DE ILLINOIS - GERENTE DE LOS ATLETAS JUVENILES)**

Yo soy el padre/tutor del participante cuyo nombre está en la aplicación. Yo he leído y he entendido las precauciones de la forma y he explicado estas precauciones al participante. Por medio de mi firma en esta forma, yo estoy de acuerdo de las precauciones anteriores en mi nombre y el nombre del participante. Yo le doy permiso al participante cual nombre esta arriba de participar en los juegos, programa de recreación y en el programa de actividades físicas.

Firma del Padre/Tutor _____ Escriba su Nombre con Letra de Molde _____
Se requiere la firma original de los padres/tutores para las Olimpiadas Especiales de Illinois.

Fecha _____

EL FORMULARIO ESTÁ VÁLIDO HASTA QUE LOS INDIVIDUOS CUMPLAN NUEVE AÑOS CON PARTICIPACIÓN CONTINUAD

Program Information (To Be Completed By Site Coordinator Only)

A program may have multiple sites. Site is defined as the specific location of the Young Athletes Activities. The Young Athlete site this child will attend is (select one of the following):

_____ A group site- Special Olympics Agency _____ At home (implemented by you or a family member at home)

Agency Name: _____ School Name: _____

Teacher Name: _____

Class Time: ____AM ____PM ____All Day

Agency SOAD/Site Coordinator _____



Dear Parents,

Your school has purchased a web-based resource for families of 0-5 year olds involved in our programs called ReadyRosie. ReadyRosie is an online resource that delivers video-based emails and text messages in both English or Spanish to parents and caregivers. The ReadyRosie videos feature real families modeling quick activities that can be done at home to promote success in school. Learn more about ReadyRosie on their website at readyrosie.com.

Each ReadyRosie video models an activity that you can do with your child to help them succeed academically. We know you will enjoy receiving the reminders and doing the activities with your child(ren).

Register to receive your free videos by completing the form below:

How would you like to receive your ReadyRosie videos?

- ☐ Email
- ☐ Text message
- ☐ Both email and text message

What is your preferred language? (Videos are currently offered in English and Spanish only).

- ☐ English
- ☐ Spanish

Parent First Name

Parent Last Name

Email

Cell Phone Number

Child's Name

Thanks for your time and thanks for your attention to this exciting opportunity! Please return this form to your teacher.



Queridos Padres,

Su escuela ha comprado un recurso basado en la red para las familias con niños de edades 0-5 que participan en nuestros programas llamado ReadyRosie. ReadyRosie es un recurso en línea que manda correos electrónicos con videos en ingl's y español a los padres y cuidadores de niños. Los videos de ReadyRosie presentan familias verdaderas modelando actividades rápidas que se pueden hacer en casa para promover el éxito en la escuela. Aprenda más sobre ReadyRosie en su sitio web en readyrosie.com.

Cada video de ReadyRosie modela una actividad que pueda hacer con su hijo(a) para ayudarlo(a) a tener éxito académico. Sabemos que disfrutará recibir los recordatorios y hacer las actividades con su(s) hijo(s).

Regístrese para recibir sus videos gratuitos completando el siguiente formulario:

¿Cómo le gustaría recibir sus videos ReadyRosie?

- ☐ Correo electrónico
- ☐ Mensajes de texto
- ☐ Correo electrónico y mensajes de texto

¿Cuál es su idioma preferido? (Actualmente, los videos se ofrecen solo en inglés y español).

- ☐ Inglés
- ☐ Español

Primer nombre de padre o tutor

Apellido de padre o tutor

Correo electrónico

Número de teléfono celular

Nombre del niño

¡Gracias por su tiempo y gracias por su atención a esta emocionante oportunidad! Por favor, devuelva esta forma a su maestro(a).