



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 (ELC all students)				
YAF	Young Athletes Permission Form (ELC New Students)				
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				
RR Form	Ready Rosie Registration Form (ELC New Students)				

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. Parents of kinder students who went to ELC should not complete this form (as noted on the form).

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

(SEE OTHER SIDE FOR ADDITIONAL QUESTIONS)

ILC-5

New Student Enrollment Checklist

Revision 12/1/20

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	2020/2021	2021/2022	2022/2023	
9/2/2006	9/1/2007	8			
9/2/2007	9/1/2008	7	8		
9/2/2008	9/1/2009	6	7	8	
9/2/2009	9/1/2010	5	6	7	
9/2/2010	9/1/2011	4	5	6	
9/2/2011	9/1/2012	3	4	5	
9/2/2012	9/1/2013	2	3	4	
9/2/2013	9/1/2014	1	2	3	
9/2/2014	9/1/2015	K	1	2	
9/2/2015	9/1/2016		K	1	
9/2/2016	9/7/2017			K	

**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 AUGUST 2 - AUGUST 13. 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	☐ Postmarked mail addressed to military personnel
☐ 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	☐ Lease Agreement for occupancy
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	☐ Proof of ownership of residence
	☐ 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

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

WERYFIKACJA MIEJSCA ZAMIESZKANIA UCZNIA PRZEZ RODZICA/OPIEKUNA

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

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

UCZNIOWIE ZAPISUJĄCY SIĘ DO 3-EJ I 6-EJ KLASY MUSZĄ MIĘDZY 2 SIERPNIA A 13 SIERPNIA DOSTARCZYĆ DO SZKOŁY DOKUMENT POŚWIADCZAJĄCY MIEJSCE ZAMIESZKANIA

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

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

Nazwisko ucznia:		Nazwa szkoły:	
------------------	--	---------------	--

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

Kategoria A: Wymagany jest jeden (1) dokument	Kategoria B: Wymagane są dwa (2) dokumenty		Wojskowi muszą dostarczyć jeden z następujących dokumentów w ciągu 60 dni po dacie zarejestrowania ucznia:
☐ Najnowszy rachunek za podatek od nieruchomości	☐ Prawo jazdy lub stanowe ID	☐ Ważna Polisa Ubezpieczeniowa za dom lub apartament lub rachunek opłacenia raty	
☐ papiery hipoteczne	☐ Dowód rejestracyjny pojazdu	☐ Najnowszy rachunek za gaz, elektryczność i/lub rachunek za wodę	☐ Opieczętowana poczta/listy zaadresowane do wojskowego
☐ Podpisana i opatrzona datą umowa najmu lub list od kierownika (obowiązujący od 1. dnia szkoły) lub dokument płatniczy za ostatni miesiąc wynajmu	☐ Rejestracja wyborcza	☐ Listy otrzymane na adres rezydencji w Dystrykcie	☐ Dokumentacja dotycząca wynajmu
WAŻNE: Dystrykt 59 zastrzega sobie prawo do oceny dostarczonej dokumentacji, a dokumenty wymienione poniżej nie gwarantują przyjęcia.	☐ Najnowszy rachunek za TV lub rachunek za kartę kredytową	☐ Rachunek z firmy przeprowadzkowej wskazujący aktualny adres	☐ Dokument potwierdzający własność domu
	☐ Aktualna Public Aid Card	☐ Inne _____	
Kategoria C: Żaden z dokumentów z kategorii A & B nie zostaje przedłożony, ponieważ:	☐ 1. Uczeń jest bezdomny i uprawniony do zapisania się do szkoły na podstawie Illinois Education for Homeless Children Act		
	☐ 2. Uczeń rejestruje się na podstawie ustalenia Department of Children & Family Services (Załącz dokumentację DCFS).		

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

Drukowanymi literami nazwisko rodzica/opiekuna:	Podpis rodzica/opiekuna	Data
Residency Materials Received By:		☐ 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) __/__/____ Place of Birth _____

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. 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. 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 # _____

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

I am on active duty / expected to be deployed to active duty during the school year: Yes___ No___

Name	Phone	Relationship	Language Spoken

Name	School Name	Birthdate	Grade

Date: _____

--	--



Formularz rejestracji nowych uczniów i kontaktu w nagłych przypadkach

Proszę wydrukować i wypełnić obie strony

Students ID/ ID Ucznia	School/ Szkoła	Grade/ Klasa

Office Use Only

Nazwisko ucznia: _____
Nazwisko Imię Drugie imię

Płeć ucznia: Mężczyzna ___ Kobieta ___

Data urodzenia ucznia: (miesiąc/dzień/rok) __/__/____ Miejsce Urodzenia _____

Adres: _____ Miasto: _____

Kod pocztowy: _____ Główny numer telefonu: _____

Apartament/Działka/Nr mieszkania: _____ Nazwa osiedla/Parku mobilnego: _____

Data rozpoczęcia nauki w U.S. przez ucznia/Szkoła/Przedszkole/Opieka dzienna: (miesiąc/dzień/rok) __/__/____

Nazwa stanu i szkoły, do której uczeń uczęszczał poprzednio: _____, _____

Czy Państwa dziecko korzysta z usług specjalnych? Edukacji specjalnej ___ Uczy się j. angielskiego ___

Nazwisko głównego rodzica/opiekuna: _____
Pan, Pani, Dr. Nazwisko Imię

Pokrewieństwo z uczniem: Matka ___ Ojciec ___ Inne _____

Opiekun prawny: Tak ___ Nie ___ Mieszka z: Tak ___ Nie ___ Odbiór: Tak ___ Nie ___

Adres mailowy głównego rodzica: _____

Telefon komórkowy # _____ Telefon do pracy

Nazwisko drugiego rodzica/opiekuna: _____
Pan, Pani, Dr. Nazwisko Imię

Pokrewieństwo z uczniem: Matka ___ Ojciec ___ Inne _____

Opiekun prawny: Tak ___ Nie ___ Mieszka z: Tak ___ Nie ___ Odbiór Tak ___ Nie ___

Adres mailowy drugiego rodzica _____

Telefon komórkowy # _____ Telefon do pracy # _____

Jestem członkiem United States Armed Forces lub w National Guard na pełny etat: Tak _____ Nie _____

Pozostaję w służbie czynnej/oczekuję na powołanie do służby czynnej w czasie trwania roku szkolnego:
Tak _____ Nie _____

Nazwisko	Telefon #	Pokrewieństwo	Używany język

Nazwisko	Nazwa szkoły	Data urodzenia	Klasa

Data: _____



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

ORYGINALNY AKT URODZENIA (PERMANENT BIRTH RECORD)

Drogi Rodzicu/Opiekunie:

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

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

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

Nazwisko ucznia	Imię	Drugie imię	Data ur.
-----------------	------	-------------	----------

Miejsce urodzenia (miejscowość, stan, kraj)

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

☐ Akt urodzenia Stan _____
Numer _____

☐ Paszport Kraj _____
Numer _____

☐ Wisa Kraj _____
Numer _____

☐ Inne _____

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

Nazwisko rodzica /opiekuna (DRUKOWANYMI)	Podpis rodzica/opiekuna	Data
--	-------------------------	------

(for office use only) Documentation Requirement: ☐ Met ☐ Not Met

Verified by: _____ School _____ Date _____



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)

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

ANKIETA DOTYCZĄCA JĘZYKA OJCZYSTEGO

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

Nazwisko ucznia Imię Drugie imię Data urodzenia ☐ Chłopak ☐ Dziewczynka
Szkoła _____ SIS ID # _____

1. Czy ktoś w domu posługuje się innym językiem niż angielskim?
 - a. Tak ____ W jakim języku? _____
 - b. Nie ____

2. Czy Państwa dziecko mówi w języku innym niż angielskim?
 - a. Tak ____ Jaki to język? _____
 - b. Nie ____

Jeśli odpowiedź jest pozytywna do jednego z powyżej podanych pytań, prawo wymaga przeprowadzenia testu z zakresu znajomości i umiejętności posługiwania się językiem angielskim.

Rodzice/ Opiekunowie (Drukuj) _____ Pokrewieństwo _____ Data _____

Podpis Rodziców lub Opiekunów _____ Osoba rejestrująca ucznia _____

(For Office Use Only)

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
U.S. Department of Education Race and Ethnicity Data Standards

FORMULARZ GROMADZONYCH DANYCH

Nazwisko ucznia: _____ Szkoła _____

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

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

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

Wybierz tylko jedną opcję:

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

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

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

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

Podpis rodzica/opiekuna

Data



COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59

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

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

INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA I SZCZEPIEŃ PRZYSZŁYCH UCZNIÓW

Data: _____

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

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

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

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

Z poważaniem,

Szkolna pielęgniarka/Asystent d/s zdrowia

Tę część wypełnia rodzic/opiekun

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

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

Poprzednia szkoła, do której uczeń uczęszczał: _____

Adres poprzedniej szkoły: _____

Podpis rodzica/opiekuna _____

**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. 12/20 Distribution: health file)

**COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59**

1001 Leicester Road | Elk Grove Village, IL 60007

Phone: (847) 593-4300

ROCZNA ANKIETA ZDROWIA UCZNIA**20 __ - 20 __ ROK SZKOLNY**

Uczeń: _____ Data urodzenia: _____

(Nazwisko)

(Imię)

Klasa _____ Płeć _____ Szkoła _____

Aktualizacja roczna bilansu zdrowia

TAK**NIE**

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

Astmę

Jakąkolwiek chroniczną chorobę

Epilepsję/Padaczkę

Jakiekolwiek ograniczenia fizyczne

Cukrzycę

Okulary

Objaśnienia: _____

2. Czy podczas ostatnich 12 miesięcy dziecko było:

TAK**NIE**

Hospitalizowane (np. na chirurgii)

Poważnie ranne

Objaśnienia: _____

TAK**NIE**

3. Czy dziecko bierze regularnie jakieś leki?

Objaśnienia: _____

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

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

TAK**NIE**

Objaśnienia: _____

Informacje o lekarzu, z którym należy się kontaktować

Nazwisko lekarza: _____ Telefon: _____

Nazwa przychodni lekarskiej: _____

Adres lekarza: _____

Nazwisko rodzica (opiekuna) (drukowanymi literami): _____

Podpis rodzica (opiekuna) _____ Data _____



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 week's 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: _____

**Transportation Request Form**

School Year 20__ - 20__

INSTRUKCJA DLA RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW: Proszę wypełnić ten formularz **TYLKO** wtedy, gdy wymagane miejsce odbioru lub pozostawienia ucznia jest **INNE, niż przystanek zlokalizowany najbliższej twojego adresu domowego lub jeśli nie wymagasz odwożenia lub dowożenia dziecka**. Jeśli formularz nie został wypełniony, lokalizacja miejsca odbioru i dowozu dziecka zostanie ustalona najbliżej twojego domowego adresu.

Wszelkie zmiany wymagają minimum 3-dniowego wyprzedzenia; dokonanie zmian na początku roku szkolnego wymaga 2-tygodniowego wypowiedzenia. Podane poniżej instrukcje pozostaną niezmienione przez cały okres świadczonej usługi i nie mogą być zmienione bez dodatkowego pisemnego zezwolenia.

Dostarcz podpisany formularz do szkoły twojego dziecka.

Ten wniosek jest składany na następujący rozkład jazdy Dystryktu 59: ☐ Typowy rok szkolny ☐ Szkoła letnia, Nazwa (określ): _____

Nazwisko ucznia (Proszę drukowanymi): _____ Nazwa szkoły: _____

Klasa: _____ Zerówka/przedszkole: ☐ Program całodniowy ☐ Program poranny ☐ Program popołudniowy

Adres domowy: _____ Miejscowość: _____ Kod: _____

Telefon domowy: _____ Język (jeśli inny niż angielski): _____

Zaznacz tylko JEDNĄ opcję wsiadania i JEDNĄ opcję wysiadania. Wszystkie miejsca wsiadania i wysiadania muszą się znajdować w granicach Dystryktu 59 i mieścić się w ramach rozkładu szkolnego. Wskazywanie innych dni tygodnia lub kilku miejsc wsiadania i wysiadania jest niedozwolone.

Informacje dotyczące wsiadania☐ Informacje dotyczące wsiadania

☐ Nie potrzebujemy, rodzice będą dowozić dziecko do szkoły
Adres tego miejsca: _____
Miejscowość i kod: _____
Numer telefonu tego miejsca: _____
Relacje z uczniem: _____

Informacje dotyczące wysiadania☐ Informacje dotyczące wsiadania

☐ Nie potrzebujemy, rodzice będą dowozić dziecko do szkoły
Adres tego miejsca: _____
Miejscowość i kod: _____
Numer telefonu tego miejsca: _____
Relacje z uczniem: _____

Podpis Rodzica/Opiekuna: _____ Data: _____

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								
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.

LastFirstMiddle			Birth DateMonth/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	List:
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? When? What for?		Yes No	
Birth defects?			Yes No		Surgery? (List all.) When? What for?		Yes No	
Developmental delay?			Yes No		Serious injury or illness?		Yes No	
Blood disorders? Hemophilia, Sickle Cell, Other? Explain.			Yes No		TB skin test positive (past/present)?		Yes* No	*If yes, refer to local health department.
Diabetes?			Yes No		TB disease (past or present)?		Yes* No	
Head injury/Concussion/Passed out?			Yes No		Tobacco use (type, frequency)?		Yes No	
Seizures? What are they like?			Yes No		Alcohol/Drug use?		Yes No	
Heart problem/Shortness of breath?			Yes No		Family history of sudden death before age 50? (Cause?)		Yes No	
Heart murmur/High blood pressure?			Yes No		Dental ☐ Braces ☐ Bridge ☐ Plate Other			
Dizziness or chest pain with exercise?			Yes No		Information may be shared with appropriate personnel for health and educational purposes.			
Eye/Vision problems? _____ Glasses ☐ Contacts ☐ Last exam by eye doctor _____					Parent/Guardian Signature		Date	
Other concerns? (crossed eye, drooping lids, squinting, difficulty reading)								
Ear/Hearing problems?			Yes No					
Bone/Joint problem/injury/scoliosis?			Yes No					
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					



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 12/20

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

Uczniowie

Pokazywanie - korzystanie z fotografii lub nagrań video przedstawiających ucznia

Nazwisko ucznia _____ Rok szk. _____

Fotografie, nagrania video i zdjęcia cyfrowe ucznia

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

Wniosek o wyłączenie dziecka z publikacji informacji katalogowych szkoły

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

Nazwisko rodzica/opiekuna _____

Podpis rodzica/opiekuna _____ Data _____

Zdjęcia uczniów wykonane przez agencje pozaszkolne

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



Annual Authorization for Internet and Electronic Network Access

INTRODUCTION

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

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

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



Annual Authorization for Internet and Electronic Network Access

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

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

Student (or Parent on Behalf of the Student) Release

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

Student's Name (Please Print)

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

Date

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

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

Parent/Guardian's Name (Please Print)

Parent/Guardian's Signature

Date



Roczne zezwolenie na korzystanie z Internetu i dostęp do sieci elektronicznej

WPROWADZENIE

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

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

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



Roczne zezwolenie na korzystanie z Internetu i dostęp sieci elektronicznej

NAZWISKO UCZNIĄ _____ ID UCZNIĄ _____

SZKOŁA _____ ROK SZKOLNY: _____ KLASA _____

Oświadczenie ucznia (lub rodzica w imieniu ucznia)

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

Nazwisko ucznia (Proszę drukowanymi)

Podpis ucznia (lub podpis rodzica w imieniu ucznia)

Data

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

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

Nazwisko rodzica/opiekuna (Proszę drukowanymi)

Podpis rodzica/opiekuna

Data



Availability of Student Disciplinary Policies and Procedures

STUDENT'S NAME _____ **SCHOOL YEAR** _____

SCHOOL _____

Parent/Guardian Release

I have been informed that student disciplinary policies and procedures are available online through the [District 59 Family Reference Guide](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



Udostępnienie procedur i zasad dotyczących dyscypliny uczniów

NAZWISKO UCZNIA _____ ROK SZKOLNY _____

SZKOŁA _____

Oświadczenie rodzica/opiekuna

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

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

Nazwisko Rodzica/Opiekuna (Proszę drukowanymi)

Podpis Rodzica/Opiekuna

Data



The state of Illinois requires the following information be collected and reported in the student information system for every child entering the preschool program.

Child's full name:

Date of birth:

Number of people living in your home:

ANNUAL household income (This includes any income from any individual living in the home):

\$

Does your child attend daycare? ☐ Yes ☐ No

If YES, which type (choose only one)?

☐ **Licensed daycare center** ☐ **Licensed in home daycare 4 to 12 children attend)**

☐ **Family/babysitter**

My family/child receives the following public benefits (check all that apply):

☐ **Women Infants & Children (WIC)**

☐ **Medicaid**

☐ **Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP/Food Stamps)**

☐ **Temporary Assistance for Needy Families (TANF)**

☐ **Child Care Assistance Program (CCAP)**

☐ **Housing Subsidy**

1900 Lonquist Blvd. - Mount Prospect, IL 60056

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

EC-10 (rev. 10/2020) Distribution: district file, team file



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 (200%)

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

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

Staff Signature: _____ **Date:** _____

1900 Lonquist Blvd. - Mount Prospect, IL 60056

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

EC-10 (rev. 10/2020) Distribution: district file, team file



Stan Illinois wymaga gromadzenia i zgłaszania w bazie danych następujących informacji dotyczących każdego dziecka rozpoczynającego naukę w przedszkolu.

Pełne nazwisko i imię dziecka

Data urodzenia:

Liczba osób mieszkających w twoim domu:

ROCZNY dochód gospodarstwa domowego (Obejmuje wszelkie dochody każdej osoby mieszkającej w domu):

\$

Czy twoje dziecko uczęszcza do miejsca opieki dziennej (przedszkola) (? ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli TAK, jaki typ (wybierz tylko jeden)?

- ☐ Licencjonowane przedszkole ☐ Licencjonowane przedszkole/opieka (dla dzieci w wieku 4 do 12)
- ☐ Rodzina/Opiekunka

Moja rodzina/dziecko otrzymuje następujące świadczenia społeczne/publiczne (zaznacz wszystkie, które dotyczą):

- ☐ Women Infants & Children (Kobiety/niemowlęta/dzieci) (WIC) ☐ Medicaid
- ☐ Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP/Food Stamps) (Dodatkowy żywnościowy program) (SNAP/Bloczki żywnościowe)
- ☐ Temporary Assistance for Needy Families (Tymczasowa pomoc dla potrzebujących rodzin) (TANF)
- ☐ Child Care Assistance Program (Program pomocy dla dzieci) (CCAP)
- ☐ Housing Subsidy (Dopłata do opłat za mieszkanie)

1900 Lonquist Blvd. - Mount Prospect, IL 60056

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

EC-10 (rev. 10/2020) Distribution: district file, team file



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 (200%)

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

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

Staff Signature: _____ **Date:** _____

1900 Lonquist Blvd. - Mount Prospect, IL 60056

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

EC-10 (rev. 10/2020) 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

Young Athletes™ Registration Form (SO ILL Rev8-1-2014)**Special Olympics Illinois****605 E. Willow St., Normal, IL 61761-2682 | 309-888-2551****Athlete's Name:** _____ **Parent/Guardian Name:** _____
(Last/Family) (First/Given) (Last/Family) (First/Given)**Address:** _____ **City, State, Zip:** _____**Birth Date (MM/DD/YY):** _____**Gender:** _____ Male _____ Female**Home Phone:** _____ **Cell Phone:** _____ **Email:** _____**Secondary Contact Name:** _____ **Phone:** _____**Athlete T-Shirt Size:** ☐ Child Small ☐ Child Medium ☐ Child Large ☐ Adult Small ☐ Adult Medium**Basic Health Information:**Heart Problems ☐ Yes ☐ No Blind ☐ Yes ☐ NoDiabetic ☐ Yes ☐ No Deaf ☐ Yes ☐ NoEpileptic/Seizure ☐ Yes ☐ No Hepatitis ☐ Yes ☐ NoDown Syndrome ☐ Yes ☐ No If yes, clear AAI: ☐ Yes ☐ No

Other: _____ Allergies: _____

Ethnicity: ☐ White ☐ African American ☐ Asian ☐ Hispanic/Latino ☐ Other: _____Young Athlete is being registered as a: ☐ Traditional Young Athlete (with Intellectual Disability)
☐ Peer Partner (without Intellectual Disability)**Young Athletes Release Form**

I am the parent/guardian of the minor participant, on whose behalf I have submitted the attached application for participation in Special Olympics. The participant has my permission to participate in Special Olympics activities. I further represent and warrant that to the best of my knowledge and belief, the participant is physically and mentally able to participate in Special Olympics.

In permitting the participant to participate, I am specifically granting my permission to Special Olympics to use the participant's likeness, voice and words in television, radio, film, newspapers, magazines and other media, and in any form, for the purpose of publicizing, promoting or communicating the purposes and activities of Special Olympics and/or applying for funds to support those purposes and activities. I also understand that group data collected from the Young Athletes Program will be used to plan, evaluate, and improve the program.

If a medical emergency should arise during the participant's participation in any Special Olympics activities, at a time when I am not personally present so as to be consulted regarding the participant's care, I hereby authorize Special Olympics, on my behalf, to take whatever measures are necessary to ensure that the participant is provided with any emergency medical treatment, including hospitalization, which Special Olympics deems advisable in order to protect the participant's health and well-being. (IF YOU HAVE RELIGIOUS OBJECTIONS TO RECEIVING SUCH MEDICAL TREATMENT, PLEASE CONTACT SPECIAL OLYMPICS ILLINOIS - MANAGER OF YOUNG ATHLETES).

I am the parent (guardian) of the participant named in this application. I have read and fully understand the provisions of the above release, and have explained these provisions to the participant. Through my signature on this release form, I am agreeing to the above provisions on my own behalf and on the behalf of the participant named above. I hereby give my permission for the participant named above to participate in Special Olympics games, recreation programs, and physical activity programs.

Signature of Parent/Guardian**Print Name****Date****Original parent/guardian signature is required by the office of Special Olympics Illinois.** Form valid until the individual's ninth birthday with continued participation.**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 _____



Drodzy Rodzice/Opiekunowie,

Szkoła waszego syna/córki została wybrana i będzie brać udział w programie Young Athletes (Młodzi Sportowcy). Program ten będzie realizowany w Early Learning Center w czasie zajęć "motor time" z ich nauczycielem. Young Athletes Program to program oferowany bezpłatnie dzięki Special Olympics Illinois. Young Athletes jest programem zabaw/zajęć sportowych dla wszystkich dzieci, które są lub nie są intelektualnie sprawne. Program ten ma na celu wprowadzenie wszystkich dzieci w wieku od 2-7 lat w świat sportu. Program Młodzi Sportowcy/Young Athletes przyniesie ogromne korzyści na wielu poziomach, pomagając dziecku poprawić sprawność fizyczną, poznawczą i społeczną.

Program ten koncentruje się na dwóch specyficznych poziomach zajęć. Poziom 1. łączy ćwiczenia fizyczne skierowane na rozwój podstawowych umiejętności motorycznych oraz koordynacji oko - ręka. Poziom 2. koncentruje się na umożliwieniu uprawiania aktywności fizycznej poprzez program zajęć sportowych i rozwijanie umiejętności zabawy sportowej zgodnej z zasadami Olimpiady Specjalnej. Działania te będą obejmowały umiejętności podstawowe dla sportu, takie jak chodzenie i bieganie, skakanie i ćwiczenia na równoważni, chwytanie i łapanie, rzucanie, uderzanie, kopanie, oraz umiejętności bardziej zaawansowane. Mam nadzieję, że program ten zaowocuje również lepszą znajomością programu Olimpiad Specjalnych i służyć będzie tobie jako wprowadzenie do zapoznania się z ideą i możliwością uzyskania pomocy dzięki programowi oferowanemu przez Special Olympics.

Special Olympics Illinois postrzega ten program jako program jedynie treningowy; należy jednak wiedzieć, że wszyscy uczniowie uczestniczący w programie Young Athletes będą uczestniczyć w zawodach finałowych. Impreza ta odbędzie się na wiosnę w Early Learning Center. Wtedy każdy uczeń otrzyma koszulkę i nagrodę za uczestnictwo a wszyscy nasi Młodzi Sportowcy wraz ze swoimi rodzinami otrzymają poczęstunek w postaci napojów i przekąsek.

Jesteśmy bardzo zadowoleni z możliwości zaproponowania tego programu i - waszego uczestnictwa! Proszę, wypełnij i podpisz załączony formularz zgody na udział w programie i zwróć ten formularz nauczycielowi twojego dziecka, aby mogło uczestniczyć w tym programie. Formularz zgody na udział w programie powinien być przekazany w czasie rejestracji, jeśli chcesz, aby twoje dziecko uczestniczyło w programie Młodych Sportowców! Jeśli masz jakiegokolwiek pytania na temat programu lub chciałbyś/chciałabyś uzyskać więcej informacji dotyczących Special Olympics, proszę, skontaktuj się z Marlyn Orozco, Family Facilitator pod numerem (847) 472-3677 lub na adres mailowy orozco.marlyn@ccsd59.org.

Z poważaniem

Marlyn Orozco, Family Facilitator

Nazwisko sportowca: _____ Nazwisko rodzica/opiekuna: _____
(Nazwisko) (Imię) (Nazwisko) (Imię)

Adres: _____ Miasto, stan, kod pocztowy: _____

Data ur. (MM/DD/ROK): _____ Płeć: _____ Chłopiec _____ Dziewczyna

Tel. domowy: _____ Tel. kom.: _____ Email: _____

Nazwisko drugiego kontaktu: _____ Telefon: _____

Rozmiar T-Shirt: ☐ Dziecko Mały ☐ Dziecko Średni ☐ Dziecko Duży ☐ Dorosły Mały ☐ Dorosły Średni

Podstawowe informacje dotyczące zdrowia uczestnika:

Problem z sercem ☐ Tak ☐ Nie Niewidomy ☐ Tak ☐ Nie

Cukrzyca ☐ Tak ☐ Nie Głuchy ☐ Tak ☐ Nie

Epilepsja/Ataki epil. ☐ Tak ☐ Nie Zapalenie wątroby ☐ Tak ☐ Nie

Zespół Downa ☐ Tak ☐ Nie Jeśli tak, ma pozwolenie AAI: ☐ Tak ☐ Nie

Inne: _____ Alergie: _____

Grupa etniczna: ☐ Biała ☐ Afroamerykanin ☐ Azjata ☐ Latinoamerykanin/Latynos ☐ Inne: _____

Młody Sportowiec jest zarejestrowany jako: ☐ Tradycyjny młody sportowiec (z niepełnosprawnością intelektualną)

☐ Partner rówieśnik (bez niepełnosprawności intelektualnej)

Formularz zgody dla młodych sportowców

Jestem rodzicem/opiekunem małoletniego uczestnika, w którego imieniu złożyłem załączone podanie w sprawie uczestniczenia w Olimpiadzie Specjalnej. Uczestnik ma moją zgodę na udział w zajęciach Olimpiady Specjalnej. Ponadto oświadczam, że wedle mojej wiedzy i przekonania uczestnik jest fizycznie i mentalnie zdolny do udziału w Olimpiadach Specjalnych.

Zezwalając uczestnikowi na udział, daję pozwolenie Olimpiadzie Specjalnej na używanie podobizny uczestnika, jego głosu i słów w telewizji, radiu, filmie, gazetach, magazynach i innych mediach, w jakiegokolwiek postaci, w celu publikowania, promowania lub przekazywania celów i działań Olimpiady Specjalnej i/lub składania podań o fundusze, które będą wspierać założenia i działania. Rozumiem także, że zebrane dane z Programu Młodych Atletów będą użyte do planowania, oceny i doskonalenia programu.

W razie nagłego wypadku wymagającego interwencji medycznej, który się może wydarzyć podczas udziału uczestnika w jakimkolwiek momencie trwania Olimpiady Specjalnej, w czasie, kiedy nie ma mnie tam osobiście, aby uczestniczyć w konsultowaniu dalszego udziału uczestnika, upoważniam Special Olympics, by w moim imieniu podejmowała wszelkie decyzje konieczne dla zapewnienia uczestnikowi natychmiastowej medycznej pomocy, włączając hospitalizację, którą Special Olympics uważa za konieczną w celu chronienia zdrowia i dobrego samopoczucia uczestnika. (JEŚLI MASZ JAKIEKOLWIEK OBIEKCJE RELIGIJNE DOTYCZĄCE TAKIEGO LECZENIA MEDYCZNEGO, PROSZĘ O SKONTAKTOWANIE SIĘ ZE SPECIAL OLYMPICS ILLINOIS – MANAGER OF YOUNG ATHLETES).

Jestem rodzicem (opiekunem) uczestnika wymienionego w tym podaniu. Przeczytałem oraz w pełni rozumiem przepisy powyższych ustaleń związanych z wyrażeniem zgody, i wyjaśniłem te przepisy uczestnikowi. Poprzez mój podpis złożony na tym dokumencie zgadzam się na wszelkie ustalenia w imieniu własnym i w imieniu wymienionego powyżej uczestnika. Daję tym samym mojemu uczestnikowi wymienionemu powyżej pozwolenie na uczestniczenie w zawodach sportowych, programach rekreacyjnych i programach aktywności fizycznej Olimpiady Specjalnej.

Podpis rodzica/opiekuna

Nazwisko drukowanymi

Data

Oryginalny podpis rodzica/opiekuna jest wymagany przez biuro Special Olympics Illinois. Formularz jest ważny do ukończenia dziewiątego roku życia osoby, która kontynuuje bez przerwy udział w olimpiadzie.

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.



Drodzy Rodzice,

Szkoła Państwa zakupiła subskrypcję zasobów internetowych dla rodzin posiadających dzieci w wieku 0-5 lat zainteresowanych naszymi programami o nazwie ReadyRosie. ReadyRosie jest zasobem internetowym, który przesyła rodzicom i opiekunom wiadomości mailowe i wiadomości tekstowe (SMS-y) w języku angielskim lub hiszpańskim. Filmy ReadyRosie pokazują, w jaki sposób mogą być przeprowadzone przez rzeczywiste rodziny zajęcia, które zajmują niewiele czasu a które można wykonać w domu, aby pomóc dziecku osiągnąć w szkole sukces. Dowiedzcie się więcej o aplikacji mobilnej ReadyRosie, odwiedzając stronę internetową: readyrosie.com.

Każdy film wideo ReadyRosie prezentuje takie zajęcia, które możesz zrobić ze swoim dzieckiem, aby pomóc mu odnieść sukces w nauce. Jesteśmy pewni, że będą się Państwu podobać otrzymywane przypomnienia i wykonywane wraz z dzieckiem (dziećmi) działania.

Aby móc bezpłatnie otrzymać nasze filmy, zarejestruj się, wypełniając poniższy formularz:

W jaki sposób chcielibyście Państwo otrzymywać filmy video ReadyRosi?

- ☐ Email
- ☐ Wiadomość tekstowa (SMS)
- ☐ Zarówno E-mail, jak i wiadomość tekstowa (SMS)

Który z języków Państwo preferujecie? (Filmy są obecnie dostępne tylko w języku angielskim i hiszpańskim).

- ☐ Angielski
- ☐ Hiszpański

Imię rodzica

Nazwisko rodzica

Email

Numer tel. komórkowego

Nazwisko dziecka

Dziękujemy za poświęcony czas i za uwagę poświęconą tej wyjątkowej propozycji! Proszę zwrócić ten formularz nauczycielowi dziecka.



CCSD59 SOFTWARE APPLICATIONS PERMISSION FORM 2021-22

CCSD59 utilizes various technology resources to support student learning, including but not limited to third-party online and cloud-based service providers. These resources include third-party software applications, commonly known as “apps”. CCSD59 Board policies govern the use of third-party apps with students, including Policy 6:60 (Curriculum Content) and Policy 6:235 (Access to Electronic Networks). CCSD59 also has an approval process for using third-party apps. Your child’s personally identifiable information that is input into these apps by your child and/or school staff (for example, student name, school e-mail address, class work) may be accessed by the third-party providers that run the apps. This permission form must be completed and returned before your child will be granted access to any CCSD59-approved apps.

BY SIGNING BELOW, I, THE PARENT/GUARDIAN OF THE STUDENT NAMED BELOW, CONFIRM THAT I UNDERSTAND AND AGREE TO THE FOLLOWING:

1. I have had the opportunity to review CCSD59’s Board Policy 6:235 (Access to Electronic Networks). I understand that my child must comply with Policy 6:235 and all other District policies and rules concerning the use of CCSD59-approved applications.
2. I understand that my child is responsible for his/her use of CCSD59-approved applications at all times. I accept full responsibility for supervision if and when my child uses CCSD59-approved applications outside of school.
3. I understand that my child’s failure to follow all CCSD59 policies and rules for using third-party applications may result in the loss of privileges, disciplinary action (which may include suspension or expulsion), and/or appropriate legal action.
4. I understand CCSD59 has an approval process for third-party applications, and, once approved, the third-party provider is a CCSD59 “school official” that may access my child’s personally identifiable information that is available within the third-party provider’s application without my prior consent or prior notice given to me.
5. I understand that when my child uses CCSD59-approved applications, information about my child that has been input into the third-party provider’s application by my child and/or CCSD59 employees will be collected and stored electronically by the third-party provider. I understand that such stored information may be accessible to someone other than my child, me and CCSD59 employees or school officials by virtue of this online environment.
6. I understand that CCSD59 employees and school officials may access and monitor my child’s use of CCSD59-approved applications, including accessing and searching any material stored, transmitted, or received through the applications.
7. I understand that access to CCSD59-approved applications is designed for educational purposes and that CCSD59 takes precautions to eliminate controversial material. However, I also recognize that it is

impossible for CCSD59 to restrict access to all controversial and inappropriate materials. I will hold harmless CCSD59, its employees, agents, or Board members for any harm caused by materials obtained via CCSD59-approved applications.

8. I understand that I may revoke my consent for my child to access and use CCSD59-approved applications at any time in writing.

9. I understand that I may ask for my child's account/information to be removed from third-party application providers at any time.

____ **YES**, I understand and agree with the above terms and give permission for my child to use any CCSD59-approved applications during this school year.

____ **NO**, I do not give permission for my child to use any CCSD59-approved applications during this school year.

Student Name: (Print) _____ Grade: _____

Student ID # (if known): _____ School: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Please sign and return this form to your child's classroom teacher.



FORMULARZ ZGODY NA KORZYSTANIE Z APLIKACJI UŻYTKOWANYCH PRZEZ CCSD59

CCSD59 wykorzystuje różne zasoby technologiczne do wspierania edukacji uczniów, w tym między innymi korzysta z zewnętrznych dostawców usług internetowych i usług "chmurowych". Zasoby te obejmują aplikacje innych firm, powszechnie znane jako "apps". Polityka zarządu CCSD59 reguluje zasady korzystania z aplikacji innych firm przez uczniów, w tym Policy 6:60 (Curriculum Content) oraz Policy 6:235 (Access to Electronic Networks). CCSD59 dysponuje również procesem zatwierdzania do korzystania z aplikacji innych firm. Dane osobowe użytkownika, które są wprowadzane do tych aplikacji przez dziecko i / lub personel szkoły (na przykład imię i nazwisko ucznia, szkolny adres e-mail, praca w klasie) mogą być dostępne dla zewnętrznych dostawców, którzy aplikacje uruchamiają. Ten formularz zezwolenia musi zostać wypełniony i zwrócony, zanim dziecko uzyska dostęp do aplikacji zatwierdzonych przez CCSD59.

POPRAZ PODPISANIE SIĘ PONIŻEJ, JAKO RODZIC / OPIEKUN UCZNIA NIŻEJ WYMIENIONEGO POTWIERDZAM, ŻE ROZUMIEM I ZGADZAM SIĘ NA PONIŻSZE WARUNKI:

1. Miałem okazję zapoznać się z CCSD59's Board Policy 6:235 (Access to Electronic Networks), czyli Polityką Zarządu CCSD59 6: 235 (Dostęp do sieci elektronicznych). Rozumiem, że moje dziecko musi przestrzegać zasad Policy 6:235 oraz wszystkich innych zasad i regulaminów Dystryktu dotyczących korzystania z aplikacji zatwierdzonych przez CCSD59.
2. Rozumiem, że moje dziecko przez cały czas przestrzega zasad korzystania z aplikacji zatwierdzonych przez CCSD59. Przyjmuję pełną odpowiedzialność za nadzór, jeśli i kiedy moje dziecko korzysta poza szkołą z aplikacji zatwierdzonych przez CCSD59.
3. Rozumiem, że brak przestrzegania przez moje dziecko wszystkich zasad CCSD59 i zasad korzystania z aplikacji firm zewnętrznych może w rezultacie spowodować utratę przywilejów, działania dyscyplinarne (które mogą obejmować zawieszenie lub wydalenie) i / lub odpowiednie działania prawne.
4. Rozumiem, że CCSD59 ma ustaloną procedurę zatwierdzania aplikacji innych firm, a po ich zatwierdzeniu dostawca zewnętrzny staje się "szkolnym urzędnikiem" CCSD59, który może uzyskać dostęp do moich danych osobowych, które są dostępne w aplikacji dostawcy zewnętrznego, bez mojej wcześniejszej zgody lub wcześniejszego powiadomienia mnie.
5. Rozumiem, że gdy moje dziecko korzysta z aplikacji zatwierdzonych przez CCSD59, informacje o moim dziecku, które zostały wprowadzone do aplikacji podmiotu zewnętrznego przez moje dziecko i / lub pracowników CCSD59, będą gromadzone i przechowywane elektronicznie przez zewnętrznego dostawcę. Rozumiem, że tak przechowywane informacje mogą być dostępne dla osób innych niż moje dziecko, dla mnie i pracowników CCSD59 lub urzędników szkolnych zgodnie z zasadami obowiązującymi w środowisku on-line.
6. Rozumiem, że pracownicy CCSD59 i urzędnicy szkolni mogą uzyskać dostęp i monitorować korzystanie przez moje dziecko z aplikacji zatwierdzonych przez CCSD59, w tym uzyskiwanie dostępu i

wyszukiwanie wszelkich materiałów przechowywanych, przesyłanych lub odbieranych za pośrednictwem aplikacji.

7. Rozumiem, że dostęp do aplikacji zatwierdzonych przez CCSD59 jest przeznaczony dla celów edukacyjnych i że CCSD59 podejmuje środki ostrożności w celu wyeliminowania kontrowersyjnego materiału. Jednakże zdaję sobie również sprawę, że niemożliwe jest, aby CCSD59 był w stanie ograniczyć dostęp do wszystkich kontrowersyjnych i nieodpowiednich materiałów. Nie będę zgłaszał pretensji do CCSD59, jego pracowników, agentów lub członków rady za jakiegokolwiek szkody spowodowane przez materiały pozyskane za pośrednictwem aplikacji zatwierdzonych przez CCSD59.

8. Rozumiem, że mogę odwołać moją zgodę na uzyskanie przez moje dziecko dostępu do aplikacji zatwierdzonych przez CCSD59 w dowolnym momencie, na piśmie.

9. Rozumiem, że w dowolnym momencie mogę poprosić o usunięcie konta / informacji mojego dziecka z aplikacji dostawców zewnętrznych.

____ **TAK**, rozumiem i zgadzam się z powyższymi warunkami i udzielam dziecku pozwolenia na korzystanie z wszelkich aplikacji zatwierdzonych przez CCSD59 w trakcie tego roku szkolnego.

____ **NIE**, nie udzielam zgody, aby moje dziecko używało jakiegokolwiek aplikacji zatwierdzonych przez CCSD59 w tym roku szkolnym.

Nazwisko ucznia: (drukowanymi) _____ Klasa: _____

Numer ID ucznia (jeśli znasz): _____ Szkoła: _____

Podpis rodzica/opiekuna: _____ Data: _____

Prosimy podpisać ten formularz i odesłać go do nauczyciela prowadzącego lekcje w klasie Twojego dziecka.



CCSD59 1:1 STUDENT DEVICE RESPONSIBLE USE CONTRACT 2021-2022

CCSD59 is providing digital access to each student to advance the opportunity to learn in a 21st century context. In grades PK-1, students will have access to an Acer Chromebook Tab 10 tablet to be used while at school. Students in grades 2-8 will have access to a C751T Chromebook (Spin 11) to be used while at school for grade 2, and at school and home for grades 3-8. As part of this program, students are expected to maintain a level of responsible use with the devices that support the mission and purpose of the program. The following is a list of expected responsible behaviors for students to engage when using their device.

RESPONSIBLE USE EXPECTATIONS:

- All aspects of the district's Acceptable Use Policy apply when using the devices.
 - Students in grades 3-8 will be allowed to take their devices home in the evening and weekends. Students are responsible for any damage that occurs while the device is off the district premises.
 - Parents are responsible for filtering home internet access.
 - The devices are an educational tool and should be used in that capacity. Once issued, students are responsible for taking excellent care and caution in the protection, care and use of the devices.
 - If a device malfunctions or is in need of repair, students will not attempt repair, but will return it to the school's Learning Resource Center for repair.
 - The devices are property of CCSD59, and as such, all content (software, email, internet use, etc.) will be monitored. Messages and/or internet content relating to or in support of illegal activities will be reported to the authorities.
 - Students have no expectations of privacy and can expect teachers and administrators to conduct checks of their internet history, documents, etc.
 - The identification tags on the devices and cases must remain on the devices at all times.
 - Passwords should be kept confidential.
 - "Cyberbullying" will not be tolerated. Cyberbullying is bullying by use of any electronic communication device using, but not limited to, email, instant messaging, text messages, blogs, mobile phones, pagers, online games, websites, etc.
 - Students are expected to notify a staff member whenever they come across information or messages that are inappropriate, dangerous, threatening, or make them feel uncomfortable.
 - Enjoy the use of your device and take advantage of the opportunity it offers to help you in your learning.
-

GENERAL USAGE PRACTICES:

- Do not eat or drink near the devices.
- Do not place items on the Chromebook keyboard as accidentally closing the device with items on the keyboard can damage the screen.
- Do not mark the bags or cases in any way with markers, stickers, etc.
- Do not download, copy, or share copyrighted material. This includes music files, images, or software.
- Students are prohibited from attempting to bypass the district filter.
- Presence of weapons, pornographic materials, inappropriate language, alcohol, drug, gang-related symbols or activity, or inappropriate images are not allowed on the device and will result in disciplinary actions.
- Conduct yourself in a socially acceptable and positive manner at all times when using the device, the network, and the Internet.

The use of a CCSD59 Acer Tab 10 tablet and Chromebook is a privilege, not a right. As such, CCSD59 reserves the right to discipline, assess fees, and/or revoke access to the devices as deemed necessary for any action in violation of this responsible use contract or violation of the district’s Acceptable Use Policy.

CCSD59 DEVICE FINES

All technology materials, including but not limited to Acer Tab 10 tablets and Chromebooks, issued to students during the school year are property of CCSD59 and are checked periodically for damages. If a device is lost or damaged to the point it cannot be reused or repaired, the student will be responsible for the full replacement cost. Please note: devices will not be repaired until payment has been received. Depending on the circumstances, a loaner may be given as needed.

C751T Chromebook Service Cost		Acer Tab 10 Service Cost	
Keyboard	\$20.00	Screen	\$150.00
Screen	\$129.00	Device	\$313.00
Key	\$5.00		
Device	\$315.00		

2021 - 2022

CCSD59 RESPONSIBLE USE CONTRACT

Student

I have read and agree to the CCSD59 Responsible Use Contract. I understand my responsibilities as a student. If I violate the items in this contract, I will be subject to loss of use of the devices as well as other potential disciplinary consequences.

Printed Student Name

Student SignatureDate

Parent/Guardian

I have read and agree to the CCSD59 Responsible Use Contract. I understand my student will be held to the expectations listed above. I understand if there is negligent damage, intentional damage, or multiple occurrences of damage to the devices, I could be held responsible for the total cost of repair or replacement. I agree to return the device/equipment to the school immediately if my child is withdrawn and is no longer a student of District 59. I understand that our failure to return the device/equipment in a timely manner upon request of the District and/or the continued use of the device/equipment for non-school/educational purposes without the written consent of the District may be considered unlawful appropriation of the District’s property and will be pursued accordingly.

Printed Parent/Guardian Name

Parent/Guardian SignatureDate



CCSD59 1:1 UMOWA ODPOWIEDZIALNEGO UŻYTKOWANIA SPRZĘTU PRZEZ UCZNIA 2021-2022

CCSD59 zapewnia każdemu uczniowi większy dostęp do urządzeń, umożliwiającą szansę uczenia się na miarę 21. wieku. W klasach od PK-1 uczniowie będą mieli dostęp do tabletów Acer Chromebook Tab 10 do używania w szkole. Uczniowie w klasach 2-8 będą mieli dostęp do C751T Chromebook (Spin 11) do użycia w szkole w klasie 2, oraz do użycia w szkole i w domu przez uczniów klas od 3-8. Program ten zakłada, że uczniowie będą korzystali we właściwy sposób z urządzeń, które wspierają misję i cel programu. Poniżej znajduje się lista pożądanych i odpowiedzialnych zachowań, których uczniowie powinni przestrzegać podczas korzystania ze swoich urządzeń.

ZASADY ODPOWIEDZIALNEGO UŻYTKOWANIA:

- Wszystkie zasady Acceptable Use Policy (Zasady właściwego użytkowania) obowiązują podczas korzystania z urządzenia.
- Uczniowie klas 3-8 będą mogli zabierać swoje urządzenia do domu w godzinach wieczornych oraz w weekendy. Uczniowie są odpowiedzialni za wszelkie szkody, które nastąpią w czasie, gdy urządzenie znajdowało się poza siedzibą szkoły/dystryktu.
- Rodzice są odpowiedzialni za filtrowanie dostępu do Internetu w domu.
- Urządzenia są narzędziem edukacji i powinny być wykorzystywane w tym celu. Raz wydane, czynią uczniów odpowiedzialnymi za sprawowanie jak najlepszej opieki i zachowanie ostrożności w celu ochrony, pielęgnacji i użytkowania urządzeń.
- Jeżeli wystąpi usterka urządzenia lub potrzebuje ono naprawy, uczniowie nie mogą próbować go naprawić, ale powinni oddać urządzenie do szkolnego Learning Resource Center do naprawy.
- Urządzenia są własnością CCSD59 i z tego powodu cała zawartość (oprogramowanie, poczta mailowa, korzystanie z Internetu, etc.) będą monitorowane. Wiadomości i /lub treści internetowe związane lub wspierające działalność niezgodną z prawem będą zgłaszane do odpowiednich organów.
- Uczniowie nie mogą mieć żadnych oczekiwań w związku z prywatnością i mogą się spodziewać, że nauczyciele i administratorzy przeprowadzą kontrolę ich historii przeglądania Internetu, dokumentów, itp.
- Tagi identyfikacyjne urządzeń i pokrowce muszą pozostawać na urządzeniach przez cały czas.
- Hasła powinny być traktowane jako poufne.
- "Cyberprzemoc" nie będzie tolerowana. Cyberprzemoc jest formą zastraszania przy użyciu dowolnego urządzenia komunikacji elektronicznej i nie jest ograniczona do e-maili, wiadomości SMS, blogów, telefonów komórkowych, pagerów, gier online, stron internetowych, itd.
- Uczniowie powinni zawiadomić pracownika, jeśli zauważą informacje lub komunikaty, które są niewłaściwe, niebezpieczne, zagrażające lub wywołują w nich uczucie zakłopotania.
- Używaj urządzenia i skorzystaj z pomocy, jaką тобі oferuje w nauce.

OGÓLNE ZASADY UŻYTKOWANIA:

- Nie jedz i nie pij w pobliżu urządzeń.
- Nie umieszczaj przedmiotów na klawiaturze Chromebooka, gdyż przypadkowe zamknięcie urządzenia z przedmiotami na klawiaturze może uszkodzić ekran.
- Nie oznaczaj pokrowców lub pudełek, w jakikolwiek sposób - markerami, naklejkami, itp.
- Obecność broni, materiałów pornograficznych, niewłaściwego języka, alkoholu, narkotyków, symboli lub aktywności związanej z gangami, lub nieodpowiednie obrazy nie są dozwolone na urządzeniu oraz spowodują podjęcie działań dyscyplinarnych.

- Nie pobieraj, nie kopiuj oraz nie udostępniaj materiałów chronionych prawem autorskim. Dotyczy to również plików z muzyką, obrazami lub oprogramowaniem.
- Uczniom nie wolno próbować ominąć filtru używanego przez dystrykt.
- Zachowuj się w sposób społecznie akceptowany i kulturalny przez cały czas korzystania z urządzenia, sieci i Internetu.

Użytkowanie z oferowanych przez CCSD59 tabletu Acer Tab 10 i Chromebooka jest przywilejem, a nie prawem. Jako takie, CCSD59 zastrzega sobie prawo do narzucania dyscypliny, ustalania opłat i/lub zablokowania dostępu do urządzeń, jeśli uzna to za konieczne, w stosunku do każdego działania, będącego pogwałceniem niniejszej umowy o właściwym korzystaniu lub naruszeniem zasad Acceptable Use Policy dystryktu.

OPŁATY ZA USZKODZENIE URZĄDZEŃ CCSD59

Wszystkie materiały technologiczne, w tym nie tylko tablety Acer Tab 10 i Chromebooks, wydane uczniom w ciągu roku szkolnego są własnością CCSD59 i są okresowo sprawdzane pod kątem uszkodzeń. Jeśli urządzenie zostanie zgubione lub zniszczone do tego stopnia, że nie będzie mogło być ponownie wykorzystane lub naprawione, uczeń będzie ponosił pełne koszty wymiany na nowe. Uwaga: urządzenia nie zostaną naprawione do momentu otrzymania zapłaty. Zależnie od okoliczności, można otrzymać sprzęt zastępczy.

KOSZT NAPRAWY C751T Chromebook		KOSZT NAPRAWY Acer Tab 10	
Klawiatura	\$20.00	Ekran	\$150.00
Ekran	\$129.00	Urządzenie	\$313.00
Klucz(Key)	\$5.00		
Urządzenie	\$315.00		

2021 - 2022

CCSD59 UMOWA ODPOWIEDZIALNEGO UŻYTKOWANIA

Uczeń

Przeczytałem/am i akceptuję CCSD59 Responsible Use Contract. Rozumiem moją odpowiedzialność jako ucznia. Jeśli naruszę którąś z zasad umowy, narażę się na utratę prawa do użytkowania urządzeń a także na inne potencjalne działania dyscyplinarne.

Nazwisko ucznia drukowanymi literami

Podpis ucznia

Data

Rodzic/Opiekun

Przeczytałem i akceptuję CCSD59 Responsible Use Contract. Rozumiem, że mój uczeń powinien zachowywać się zgodnie z wymienionymi powyżej oczekiwaniami. Rozumiem, że jeśli zaistnieje szkoda, celowe uszkodzenie lub nastąpi wielokrotne uszkodzenie urządzeń, mogę być pociągnięty do odpowiedzialności i ponieść całkowity koszt naprawy lub wymiany urządzenia. Wyrażam zgodę na niezwłoczny zwrot urządzenia/sprzętu do szkoły, jeśli moje dziecko opuści szkołę lub zostanie z niej wypisane i przestanie być uczniem Dystryktu 59. Rozumiem, że niezwrócenie urządzenia/sprzętu w odpowiednim czasie na żądanie Dystryktu i/lub dalsze użytkowanie urządzenia/sprzętu do celów pozaszkolnych/edukacyjnych bez pisemnej zgody Dystryktu może zostać uznane za niezgodne z prawem i będzie traktowane jako przywłaszczenie mienia dystryktu szkolnego i będzie odpowiednio egzekwowane.

Nazwisko Rodzica/Opiekuna drukowanymi literami

Podpis Rodzica/Opiekuna

Data

CCSD59 STUDENT DEVICE PROTECTION PLAN 2021-2022

CCSD59 is providing and administering a Protection Plan for students and parents as part of our provision of student devices to all PK-8 students. Enrollment in the Protection Plan is optional with the understanding that parents/students carry the full liability without the Protection Plan. Enrollment in the Protection Plan is due no later than 30 days after the first day of school. Please keep a copy of this form for your records.

ANNUAL FEE

- Non-refundable fee: PK-1 Students (Acer Tab 10 Tablet) \$15
2-8 Students (C751T Chromebook) \$25
- Checks should be made payable to: Community Consolidated School District 59
- Credit card payments are accepted via e~Funds for Schools **online payment** system on the Skyward Family Access page at www.ccsd59.org

EFFECTIVE COVERAGE/EXPIRATION DATES

- Effective Date: Upon full payment
- Expiration Date: Last day of school year or date of enrollment withdrawal

WHAT IS COVERED IF YOU PAID THE PROTECTION PLAN FEE?

- Accidental damage (student demonstrating due care) when device is at home or school
- Fire
- Electrical surge
- Natural disasters
- Cracked screen
- Cosmetic repairs (i.e. cracked outer shell, scratched screens)

WHAT IS NOT COVERED EVEN IF YOU PAID THE PROTECTION PLAN FEE?

- Loss or damage of device accessories (i.e. bag, cords, chargers)
- Theft or loss
- Damage caused by negligence:
 - Intentional damage
 - Dishonest, fraudulent actions
 - Failure to demonstrate responsible care, including liquid damage

WHO DECIDES WHAT IS COVERED WHEN DAMAGE IS INCURRED?

The school administrator, in consultation with teachers and technicians, makes the final determination as to what is considered covered.

PRICE LIST FOR REPAIRS NOT COVERED BY PROTECTION PLAN OR IF THE PLAN FEE HAS NOT BEEN PAID

C751T Chromebook Service Cost		Acer Tab 10 Tablet Service Cost	
Keyboard	\$20.00	Screen	\$150.00
Screen	\$129.00	Device	\$313.00
Key	\$5.00		
Device	\$315.00		

____ **YES**, I would like to purchase the optional protection plan for my PK-1 grade student's device for \$15.

____ **YES**, I would like to purchase the optional protection plan for my 2-8 grade student's device for \$25.

____ **NO**, I would like to decline the optional protection plan for my student's device.

Student Name: (Print): _____ Student ID#: _____ Grade: _____ Amount Paid: _____

School: _____ Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Return this form and your payment to your child's school

Office Use Only: Cash _____ Check _____ Check Number _____

PLAN OCHRONY SPRZĘTU ELEKTRONICZNEGO UCZNIÓW CCSD59 2021 - 2022

CCSD59 dostarcza i oferuje Protection Plan dla uczniów i rodziców w ramach naszego przepisu dotyczącego urządzeń elektronicznych przydzielonych uczniom klas PK- 8. Akceptacja Planu Ochrony sprzętu nie jest obowiązkowa, przy założeniu, że rodzice/ uczniowie poniosą pełną odpowiedzialność za sprzęt w wypadku niepodpisania planu. Zapisanie się do Protection Plan należy uczynić nie później niż po 30 dniach od pierwszego dnia rozpoczęcia roku szkolnego. Zachowaj kopię tego formularza do użytku własnego.

OPLATA ROCZNA

- Bezzwrotna opłata: Uczniowie PK-1 (Acer Tab 10 Tablet) \$15
Uczniowie 2-8 (C751T Chromebook) \$25
- Czeki powinny być wystawione na: Community Consolidated School District 59
- Płatności kartą kredytową są akceptowane przez system e~Funds for Schools **online payment** na str. Skyward Family Access www.ccsd59.org

POCZĄTEK OCHRONY/DATA WYGAŚNIĘCIA

- Początek ochrony: Po otrzymaniu pełnej zapłaty
- Data wygaśnięcia: Ostatni dzień szkoły lub data odejścia ze szkoły

CO POKRYWA OPLATA, JAKĄ WNIOŚŁEŚ W RAMACH PLANU OCHRONY?

- Szkody przypadkowe (uczeń demonstruje dbanie o mienie), gdy urządzenie znajduje się w domu lub w szkole
- Pożar
- Problemy będące wynikiem zmian napięcia elektrycznego
- Klęski żywiołowe
- Pęknięcie ekranu
- Naprawy kosmetyczne (tzn. zarysowana powłoka zewnętrzna, zarysowane ekrany)

CO NIE JEST POKRYWANE, NAWET JEŚLI WNIOŚŁEŚ OPLATĘ ZA PROTECTION PLAN?

- Utrata lub uszkodzenie akcesoriów (np. torby, przewodów, ładowarek)
- Kradzież lub zgubienie
- Uszkodzenia spowodowane przez zaniedbania:
 - Uszkodzenie umyślne
 - Działania oszukańcze, nieuczciwe
 - Brak widocznej odpowiedzialności za sprzęt, w tym uszkodzenia cieczą

KTO DECYDUJE W SPRAWACH POKRYWANIA STRAT W PRZYPADKU ZAISTNIENIA USZKODZEŃ?

Administrator szkoły, po konsultacji z nauczycielami i technikami podejmuje ostateczną decyzję, które ze strat zostaną pokryte, a które nie.

WYKAZ CEN ZA NAPRAWY NIE POKRYWANE PRZEZ PROTECTION PLAN LUB JEŚLI PLAN NIE ZOSTAŁ OPLĄCONY

Koszt naprawy Chromebooka C751T		Koszt naprawy Acer Tab 10 Tablet	
Klawiatura	\$20.00	Ekran	\$150.00
Ekran	\$129.00	Urządzenie	\$313.00
Klucz	\$5.00		
Urządzenie	\$315.00		

_____ **TAK**, chciałbym zakupić oferowany plan ochrony dla sprzętu elektronicznego mojego ucznia z klasy PK-1 za \$15.00.

_____ **TAK**, chciałbym zakupić oferowany plan ochrony dla sprzętu elektronicznego mojego ucznia z klasy 2-8 za \$25.00.

_____ **NIE**, chciałbym odrzucić opcjonalny plan ochrony urządzenia mojego ucznia.

Nazwisko ucznia: (Drukowanymi): _____ ID# ucznia: _____ Klasa: _____ Zapłacona kwota: _____

Szkoła: _____ Podpis Rodzica/Opiekuna: _____ Data: _____

Zwróć ten formularz oraz twoją opłatę do szkoły twojego dziecka

Office Use Only: Cash _____ Check _____ Check Number _____