



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-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, no fees for elementary schools for 2022-23)				
SR-9	Request for Student Records				
RR Form	Ready Rosie Registration Form (ELC new students)				

** ILC2 & ILC3 forms not available for ELC at time of printing. Will need to distribute to parents once available.

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: _____

Other Additional Considerations (please note, info may not be available at time of registration):Did child attend ELC? ☐ Yes ☐ NoDoes 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 ☐ NoIs parent interested in Dual Language Program? ☐ Yes ☐ NoIs parent interested in Ridge (Choice)? ☐ Yes ☐ No

Additional Notes or Follow-Up Needed:

Registered by: _____ Date: _____

BIRTH DATE		GRADE LEVEL		
FROM	TO	2021-2022	2022-2023	2023-2024
9/2/2007	9/1/2008	8		
9/2/2008	9/1/2009	7	8	
9/2/2009	9/1/2010	6	7	8
9/2/2010	9/1/2011	5	6	7
9/2/2011	9/1/2012	4	5	6
9/2/2012	9/1/2013	3	4	5
9/2/2013	9/1/2014	2	3	4
9/2/2014	9/1/2015	1	2	3
9/2/2015	9/1/2016	K	1	2
9/2/2016	9/1/2017		K	1
9/2/2017	9/1/2018			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.
STUDENTS WILL NOT BE ALLOWED TO BEGIN SCHOOL UNTIL RESIDENCY IS PROVEN.**

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

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

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

Category A: One (1) Document Required	Category B: Two (2) Documents Required		Military Personnel must provide one of the following within 60 days after the date of student's initial enrollment:
☐ Most recent Real Estate Tax bill	☐ Driver's License or State ID	☐ Current homeowners/renters Insurance policy and premium payment receipt	
☐ Mortgage papers	☐ Vehicle registration	☐ Most recent gas, electric and/or water Bill	
☐ Signed and dated lease or letter from Manager (effective 1st day of school) or proof of last month's payment	☐ Voter registration	☐ Mail received at District residence	
IMPORTANT: District 59 reserves the right to evaluate the evidence present and merely presenting the items listed below does not guarantee admission.	☐ Most recent cable or credit card bill	☐ Receipt for moving company services showing current address	
	☐ Current Public Aid card	☐ Other _____	
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.

**RODZIC NOWYCH UCZNIÓW MUSI PRZEDSTAWIĆ DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY 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	School	Grade

Office Use Only (Tylko do użytku biurowego)

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. 12/21 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: _____

3. Czy dziecko bierze regularnie jakieś leki?

TAK**NIE**

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



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 Lonnquist Blvd. - Mount Prospect, IL 60056

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



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 Lonnquist Blvd. - Mount Prospect, IL 60056

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



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 Lonnquist Blvd. - Mount Prospect, IL 60056

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



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 Lonnquist Blvd. - Mount Prospect, IL 60056

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

YOUNG ATHLETES REGISTRATION



State Special Olympics Program: _____

Are you new to Special Olympics or re-registering?

☐ New

☐ Re-Registering

YOUNG ATHLETE INFORMATION

First Name:

Last Name:

Date of Birth:

☐ Female

☐ Male

Has an Intellectual or Developmental Disability:

☐ Yes

☐ No

Race/Ethnicity (Optional):

☐ American Indian/Alaskan Native

☐ Asian American

☐ Prefer not to answer

☐ Black or African American

☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander

☐ More than one Race

☐ White or Caucasian

☐ Hispanic or Latinx

Language(s) Spoken in Young Athlete's Home (Optional): Check all that apply

☐ English

☐ Spanish

☐ Other (please list):

Shirt Size:

☐ Youth Small

☐ Youth Medium

☐ Youth Large

☐ Requires Wheelchair Accessible Locations

☐ Language Needs:

☐ Medical Conditions:

☐ Special Diet:

☐ Other:

PARENT / GUARDIAN INFORMATION

Name:

Relationship:

Address:

City:

State/Province:

Postal Code:

Phone:

E-mail:

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

☐ Same as Guardian/Parent

Name:

Phone:

Relationship:

YOUNG ATHLETES RELEASE FORM



I am the Parent or Guardian of the Young Athletes participant named below and agree to the following:

1. **Able to Participate.** The Young Athlete is physically able to take part in Special Olympics.
2. **Likeness Release.** I give permission to Special Olympics, Inc., Special Olympics games organizing committees, and Special Olympics accredited Programs (collectively "Special Olympics") to use the Young Athlete's likeness, photo, video, name, voice, words, and biographical information to promote Special Olympics and raise funds for Special Olympics.
3. **Risk of Concussion and Other Injury.** I know there is a risk of injury. I understand the risk of continuing to participate with or after a concussion or other injury. The Young Athlete may have to get medical care if there is a suspected concussion or other injury. The Young Athlete also may have to wait 7 days or more and get permission from a doctor before playing sports again.
4. **Emergency Care.** If a parent or guardian is unavailable to consent or make medical decisions in an emergency, I authorize Special Olympics to seek medical care for the Young Athlete, unless I mark one of these boxes:
 - ☐ I have a religious or other objection to receiving medical treatment. (Not common.)
 - ☐ I do not consent to blood transfusions. (Not common.)(If either box is marked, an EMERGENCY MEDICAL CARE REFUSAL FORM must be completed.)
5. **Health Programs.** If the Young Athlete takes part in a Special Olympics health program, I consent to health activities, exams, and treatment for the Young Athlete. This should not replace regular health care. I can say no to treatment or anything else any time for the Young Athlete.
6. **Personal Information.** I understand that Special Olympics will be collecting the Young Athlete's personal information as part of participation, including name, image, address, telephone number, health information, and other personally identifying and health related information provided to Special Olympics ("personal information").
 - I agree and consent to Special Olympics:
 - using the personal information in order to: confirm eligibility and safe participation; run trainings and events; share competition results (including on the Web and in news media); provide health treatment if the Young Athlete participates in a health program; analyze data for the purposes of improving programming and identifying and responding to the needs of Special Olympics participants; perform computer operations, quality assurance, testing, and other related activities; and provide event-related services.
 - using the personal information for communications and marketing purposes, including direct digital marketing through email, text message, and social media.
 - sharing personal information with (i) researchers, such as universities and public health agencies, that are studying intellectual disabilities and the impact of Special Olympics activities, (ii) medical professionals in an emergency, and (iii) government authorities for the purpose of assisting with any visas required for international travel to Special Olympics events and for any other purpose necessary to protect public safety, respond to government requests, and report information as required by law.
 - I have the right to ask to see the personal information or to be informed about the personal information that is processed. I have the right to ask to correct and delete the personal information, and to restrict the processing of personal information if it is inconsistent with this consent.
 - *Privacy Policy.* Personal information may be used and shared consistent with this form and as further explained in the Special Olympics privacy policy at www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy.aspx.

Young Athlete Name:	
PARENT/GUARDIAN SIGNATURE	
I am a parent or guardian of the Young Athlete. I have read and understand this form. By signing, I agree to this form on my own behalf and on behalf of the Young Athlete.	
Parent/Guardian Signature:	Date:
Printed Name:	Relationship:

YOUNG ATHLETES LIKENESS RELEASE FOR SPONSORS (OPTIONAL)



Special Olympics relies on sponsors and partners to help support our mission. We often use photos, videos and stories of our athletes to show the impact of support by companies that sponsor Special Olympics. If you wish to allow the Young Athlete's likeness to be used in this way, please read and sign below.

I agree to the following:

- I give permission to Special Olympics, Inc., Special Olympics games organizing committees, and Special Olympics accredited Programs (collectively "Special Olympics") and their sponsors and partners to use the Young Athlete's likeness, photo, video, name, voice, and words ("Likeness") to acknowledge the sponsors' and partners' support for Special Olympics.
- Special Olympics and its sponsors and partners will not use the Young Athlete's Likeness to endorse commercial products or services.
- I understand neither the Young Athlete nor I will not be compensated for the use of the Young Athlete's Likeness.

Young Athlete Name:	
PARENT/GUARDIAN SIGNATURE	
I am a parent or guardian of the Young Athlete. I have read and understand this form. By signing, I agree to this form on my own behalf and on behalf of the Young Athlete.	
Parent/Guardian Signature:	Date:
Printed Name:	Relationship:



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 ReadyRosie?

- ☐ 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 2022-23

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 email 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 2022-2023

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.