



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	☐ 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

VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA PARA LOS PADRES/TUTORES DE LOS ESTUDIANTES

Todos los estudiantes que asisten a las escuelas del Distrito 59 deben vivir dentro de los linderos del distrito.
Generalmente la ley de Illinois estipula que la residencia del estudiante debe ser la misma que la de la persona que tiene la custodia legal.

PADRES DE ESTUDIANTES NUEVOS Y LOS ESTUDIANTES QUE HAN TRANSFERIDO DEBEN PROBAR SU RESIDENCIA EN LA ESCUELA EN EL MOMENTO DE REGISTRO. NO SE LES PERMITIRÁ COMENZAR LA ESCUELA HASTA QUE SE DEMUESTRE SU RESIDENCIA.

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

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

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

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

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

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



New Student Registration and Emergency Contact Form

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 # _____

Optional:

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

Active Duty Start Date: __ / __ / ____

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

EMERGENCY CONTACT INFORMATION other than Parent(s):

Name	Phone	Relationship	Language Spoken

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

Name	School Name	Birthdate	Grade

Parent Printed Name: _____

Parent Signature: _____

Date: _____

Additional Notes-Office Use Only:

--



Formulario de Registro para nuevo estudiante y de contacto de emergencia

Por favor imprima y complete ambos lados

Identificación del estudiante	Escuela	Grado

Solo para el uso en la oficina

Nombre del estudiante: _____
Apellido Nombre Segundo

Sexo del Estudiante: Masculino ____ Femenino ____

Fecha de Nacimiento del Estudiante: (mm/dd/aaaa) __/__/____ Lugar de Nacimiento _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Código postal: _____ Número de teléfono principal: _____

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

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

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

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

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

Relación con el estudiante: Madre ____ Padre ____ Other ____

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

Correo electrónico de padre primario: _____

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

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

Relación con el estudiante: Madre ____ Padre ____ Otro ____

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

Correo electrónico de padre secundario: _____

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

Opcional:

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

Sí ____ No ____

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

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

Sí ____ No ____

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

Nombre	Número de teléfono	Relación	Idioma

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

Nombre	Nombre de la escuela	Fecha de nacimiento	Grado

Nombre impreso de padre: _____

Firma de padre: _____

Fecha: _____

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

--



COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59

1001 Leicester Road | Elk Grove Village, IL 60007

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

PERMANENT BIRTH RECORD

Parent/Guardian:

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

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

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

Student's Last Name _____ First _____ Middle _____ Date of Birth _____

Place of Birth (City, State, Country) _____

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

☐ Birth Certificate State _____
Number _____

☐ Passport Country _____
Number _____

☐ Visa Country _____
Number _____

☐ Other _____

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

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

(for office use only)

Documentation Requirement: ☐ Met ☐ Not Met

Verified by: _____ School _____ Date _____



COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59

1001 Leicester Road Elk Grove Village, IL 60007

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

COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO

Padre/Tutor:

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

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

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

Apellido del Estudiante Nombre Segundo Nombre Fecha de Nacimiento

Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado, País)_____

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

☐ Acta de Nacimiento Estado_____ Número_____

☐ Pasaporte País_____ Número _____

☐ Visa País_____ Número _____

☐ Otro_____

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

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

(office use only)

Documentation Requirement: ☐ Met ☐ Not Met

Verified by: _____ School _____ Date _____



COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59

1001 Leicester Road | Elk Grove Village, IL 60007

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

HOME LANGUAGE SURVEY

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

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

1. Is a language other than English spoken in your home?

- a. Yes ____ What language? _____
b. No ____

2. Does your child speak a language other than English?

- a. Yes ____ What language? _____
b. No ____

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

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

Parent/Guardian Signature _____ Staff Member who Registered Child _____

(For Office Use Only)

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



COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59

1001 Leicester Road | Elk Grove Village, IL 60007

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

ENCUESTA DEL IDIOMA QUE SE HABLA EN EL HOGAR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

DATA COLLECTION FORM

Student's Name: _____ School _____

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

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

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

Choose only one:

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

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

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

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

Parent/Guardian Signature

Date



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

FORMULARIO DE RECOPIACIÓN DE DATOS

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____

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

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

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

Elija solo uno:

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

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

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

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

Firma del padre/tutor

Fecha



COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59

1001 Leicester Road | Elk Grove Village, IL 60007

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

STATUS OF PHYSICAL & IMMUNIZATION RECORDS FOR INCOMING STUDENTS

Date: _____

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

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

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

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

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

Sincerely,

School Nurse

Parent/Guardian Completes This Section

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

Previous school of attendance: _____

Address of previous school _____

Signature of Parent/Guardian _____



COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59

1001 Leicester Road | Elk Grove Village, IL 60007

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

ESTADO FÍSICO Y REGISTRO DE VACUNAS DE LOS NUEVOS ESTUDIANTES

Fecha: _____

Estimados Padres o Tutores de: _____

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

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

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

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

Atentamente,

Enfermera Escolar

El Padre/tutor debe llenar la siguiente información

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

(Nombre de la Escuela)

(Fecha)

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

Escuela que asistió anteriormente: _____

Dirección de la escuela anterior: _____

Firma del padre/tutor _____

**COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59**

1001 Leicester Road | Elk Grove Village, IL 60007

Phone: (847) 593-4300

ANNUAL STUDENT HEALTH FORM**20 ____ - 20 ____ SCHOOL YEAR**

Student: _____ Birth date _____

(last) (First)

Grade _____ Sex _____ School _____

Annual Health History Update**YES****NO**

1. Does this child have: Allergies to food, medications or insect stings _____

Asthma _____

Any chronic illness _____

A seizure disorder _____

Any physical limitations _____

Diabetes _____

Glasses _____

Explain: _____

2. During the past 12 months has this child been: _____

YES**NO**

Hospitalized (include surgery) _____

Seriously injured _____

Explain: _____

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

YES**NO**

Explain: _____

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

YES**NO**

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

Explain: _____

Physician Contact Information

Physician Name: _____ Phone: _____

Name of Practice: _____

Physician Address: _____

Parent(Guardian) Name (please print): _____

Parent (Guardian) Signature _____ Date _____

Please return to your child's school health office.

H-103 (Rev. 12/21 Distribution: health file)

**COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59**

1001 Leicester Road | Elk Grove Village, IL 60007

Phone: (847) 593-4300

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

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

(apellido(s)) (nombre)

Grado _____ Sexo _____ Escuela _____

Actualización anual del historial de salud**SÍ****NO**

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

Asma

Enfermedad crónica

Trastorno convulsivo (epilepsia)

Limitación(es) física(s)

Diabetes

Lentes

Explique:

2. Durante los últimos 12 meses, este niño:

Ha sido hospitalizado (incluyendo cirugías)

Ha recibido lesiones graves

Explique:

3. ¿Este niño toma medicamentos regularmente?

Explique:

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

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

Explique:

Información de contacto del médico

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Nombre de la oficina o clínica: _____

Dirección del médico: _____

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

Firma del padre (tutor): _____ Fecha: _____

Devuelva a la oficina de salud de la escuela de su hijo(a).

H-103 (Rev. 12/21) Distribution: Health File



Community Consolidated School District 59

Transportation Request Form

School Year 20__ - 20__

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

Any changes require a minimum of 3 days notice; changes at the beginning of the school year require 2 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: _____



Community Consolidated School District 59

Transportation Request Form

School Year 20__ - 20__

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

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

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

Estudiante (letra de molde): _____

Escuela: _____

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

Dirección residencial: _____ Ciudad: _____ Zona Postal: _____

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

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

Información de dónde recoger

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

Información de dónde dejar

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

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

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

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

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

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

Notes: _____

LEA Coordinator Authorization Signature: _____ Date: _____

This section is to be completed by Transportation Department Only

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

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

Processed by: _____



State of Illinois Certificate of Child Health Examination

Student's Name				Birth Date	Sex	Race/Ethnicity	School /Grade Level/ID#	
Last First Middle				Month/Day/Year				
Address Street City Zip Code				Parent/Guardian Telephone # Home Work				
IMMUNIZATIONS: To be completed by health care provider. The mo/da/yr for <u>every</u> dose administered is required. If a specific vaccine is medically contraindicated, a separate written statement must be attached by the health care provider responsible for completing the health examination explaining the medical reason for the contraindication.								
REQUIRED Vaccine / Dose	DOSE 1		DOSE 2		DOSE 3		DOSE 4	
	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA
DTP or DTaP								
Tdap; Td or Pediatric DT (Check specific type)	☐ Tdap ☐ Td ☐ DT		☐ Tdap ☐ Td ☐ DT		☐ Tdap ☐ Td ☐ DT		☐ Tdap ☐ Td ☐ DT	
Polio (Check specific type)	☐ IPV ☐ OPV		☐ IPV ☐ OPV		☐ IPV ☐ OPV		☐ IPV ☐ OPV	
Hib Haemophilus influenza type b								
Pneumococcal Conjugate								
Hepatitis B								
MMR Measles Mumps. Rubella								
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						



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			DOSE 5			DOSE 6		
	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR
DTP or DTaP																		
Tdap; Td or Pediatric DT (Check specific type)	☐ Tdap ☐ Td ☐ DT			☐ Tdap ☐ Td ☐ DT			☐ Tdap ☐ Td ☐ DT			☐ Tdap ☐ Td ☐ DT			☐ Tdap ☐ Td ☐ DT			☐ Tdap ☐ Td ☐ DT		
Polio (Check specific type)	☐ IPV ☐ OPV			☐ IPV ☐ OPV			☐ IPV ☐ OPV			☐ IPV ☐ OPV			☐ IPV ☐ OPV			☐ IPV ☐ OPV		
Hib Haemophilus influenza type b																		
Pneumococcal Conjugate																		
Hepatitis B																		
MMR Measles Mumps. Rubella										Comments:								
Varicella (Chickenpox)																		
Meningococcal conjugate (MCV4)																		
RECOMMENDED, BUT NOT REQUIRED Vaccine / Dose																		
Hepatitis A																		
HPV																		
Influenza																		
Other: Specify Immunization Administered/Dates																		
Health care provider (MD, DO, APN, PA, school health professional, health official) verifying above immunization history must sign below. If adding dates to the above immunization history section, put your initials by date(s) and sign here.																		
Signature				Title				Date										
Signature				Title				Date										
ALTERNATIVE PROOF OF IMMUNITY																		
1. Clinical diagnosis (measles, mumps, hepatitis B) is allowed when verified by physician and supported with lab confirmation. Attach copy of lab result.																		
*MEASLES (Rubeola) MO DA YR **MUMPS MO DA YR HEPATITIS B MO DA YR VARICELLA MO DA YR																		
2. History of varicella (chickenpox) disease is acceptable if verified by health care provider, school health professional or health official.																		
Person signing below verifies that the parent/guardian's description of varicella disease history is indicative of past infection and is accepting such history as documentation of disease.																		
Date of Disease Signature Title																		
3. Laboratory Evidence of Immunity (check one) ☐ Measles* ☐ Mumps** ☐ Rubella ☐ Varicella Attach copy of lab result.																		
*All measles cases diagnosed on or after July 1, 2002, must be confirmed by laboratory evidence.																		
**All mumps cases diagnosed on or after July 1, 2013, must be confirmed by laboratory evidence.																		
Completion of Alternatives 1 or 3 MUST be accompanied by Labs & Physician Signature: _____																		
Physician Statements of Immunity MUST be submitted to IDPH for review.																		

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

ApellidoNombreInicial			Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año		Sexo	Escuela	Grado/Núm. de Ident.
HISTORIAL MÉDICO- PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR PADRES/TUTOR Y VERIFICADO POR EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD							
ALERGIAS (Alimentos, drogas, insectos, otro)		Sí No	Anótelas todas:		MEDICINAS (Anote todas las recetas o tomadas con regularidad)	Sí No	
¿Tiene diagnóstico de asthma?		Sí	No		¿Tiene pérdida de funciones en uno de los órganos? (Ojos/Oídos/Riñones/Testículos)		Sí No
¿Despierta el niño tosiendo en la noche?							
¿Tiene defectos de nacimiento?		Sí	No		¿Ha sido hospitalizado?		Sí No
¿Tiene retrasos del desarrollo?		Sí	No		¿Cuándo? ¿Para qué?		
¿Tiene problemas de la sangre? Hemofilia, Glóbulos Falciformes (Sickle Cell), Otro		Sí	No		¿Ha tenido alguna cirugía?(anótelas todas)		Sí No
¿Tiene diabetes?		Sí	No		¿Cuándo? ¿Para qué?		
¿Tiene heridas en la cabeza/golpe/desmayo?		Sí	No		¿Ha tenido heridas graves o enfermedades?		Sí No
¿Tiene convulsiones? Cómo se manifiestan?		Sí	No		¿Prueba positiva de TB (Pasado o Presente)?		Sí No
¿Tiene problemas cardiacos/No respira bien?		Sí	No		¿Enfermedad de TB (Pasado o Presente)?		Sí No
¿Tiene soplo en el corazón/presión arterial alta?		Sí	No		¿Usa tabaco (tipo, frecuencia)?		Sí No
¿Tiene mareos o dolor de pecho al hacer ejercicios?		Sí	No		¿Toma alcohol/drogas?		Sí No
¿Problemas con los ojos/visión? _____ Lentes ☐ Lentes de Contacto ☐ Último examen _____					Dental ☐ Ganchos ☐ Puente ☐ Placas Otro		
¿Otras Preocupaciones? (bizco, párpados caídos, parpadear, dificultad cuando lee)							
¿Tiene problemas de los oídos/no oye bien?		Sí	No		La información en este formulario se puede compartir con el personal apropiado para propósitos de salud y educación.		
¿Tiene problemas de los huesos/articulaciones/heridas/escoliosis?		Sí	No		Firma del Padre/TutorFecha		
PHYSICAL EXAMINATION REQUIREMENTS Entire section below to be completed by MD/DO/APN/PA							
HEAD CIRCUMFERENCE if < 2-3 years old		HEIGHT		WEIGHT		BMI	B/P
DIABETES SCREENING (NOT REQUIRED FOR DAY CARE) BMI>85% age/sex Yes ☐ No ☐ And any two of the following: Family History Yes ☐ No ☐				Ethnic Minority Yes ☐ No ☐ Signs of Insulin Resistance (hypertension, dyslipidemia, polycystic ovarian syndrome, acanthosis nigricans) Yes ☐ No ☐ At Risk Yes ☐ No ☐			
LEAD RISK QUESTIONNAIRE: Required for children age 6 months through 6 years enrolled in licensed or public school operated day care, preschool, nursery school and/or kindergarten. (Blood test required if resides in Chicago or high risk zip code.)							
Questionnaire Administered?		Yes ☐ No ☐		Blood Test Indicated?		Yes ☐ No ☐ Blood Test DateResult	
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



Autorización anual para el acceso a Internet y la red electrónica

Introducción

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

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

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



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

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ I.D. DEL ESTUDIANTE _____
ESCUELA _____ AÑO ESCOLAR: _____ GRADO _____

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

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

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

Firma del estudiante (o padre en nombre del estudiante)

Fecha

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

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

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

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

Firma del padre o tutor

Fecha



Availability of Student Disciplinary Policies and Procedures

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

SCHOOL _____

Parent/Guardian Release

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

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

Parent/Guardian's Name (Please Print)

Parent/Guardian's Signature

Date



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

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ **AÑO ESCOLAR** _____

ESCUELA _____

Relevo del padre/tutor

Se me ha informado que las políticas y los procedimientos de disciplina estudiantil están disponibles en línea, a través de la Guía de Referencia Familiar del Distrito 59, en <http://bit.ly/D59FRG>, o mediante copia impresa a pedido mío. También se me ha informado que puedo obtener una copia en papel de este documento en la Oficina Administrativa del Distrito 59 o la escuela de mi estudiante.

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

Nombre del padre/tutor (en letra de molde)

Firma del padre/tutor

Fecha



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



El estado de Illinois requiere que la siguiente información sea recopilada y reportada en el sistema de información estudiantil para cada niño que ingresa al programa preescolar

Nombre completo del niño:

Fecha de nacimiento:

Número de personas que viven en su hogar:

Ingreso ANUAL del hogar (Esto incluye cualquier ingreso de cualquier individuo que viva en el hogar):

\$

¿Su hijo asiste a la guardería? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿qué tipo (elijas solo uno)?

- ☐ Guardería con licencia ☐ Guardería con licencia en el hogar (Asisten de 4 a 12 niños)
- ☐ Familia/niñera

Mi familia/hijo recibe los siguientes beneficios públicos (marque todos los que correspondan):

- ☐ Women Infants & Children (WIC, por sus siglas en inglés)
- ☐ Seguro médico estatal para personas de bajos ingresos (*Medicaid*)
- ☐ Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP/Cupones para alimentos)
- ☐ Temporary Assistance for Needy Families (TANF)
- ☐ Asistencia para el cuidado infantil Programa (CCAP)
- ☐ Subsidio de vivienda

1900 Lonnquist Blvd. - Mount Prospect, IL 60056

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



SOLO PARA EL USO DE OFICINA

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:

INSCRIPCIÓN DE ATLETAS JÓVENES



Programa Estatal de Olimpiadas Especiales: _____

¿Es nuevo en Olimpiadas Especiales o se está reinscribiendo?

☐ Nuevo

☐ Reinscripción

INFORMACIÓN DEL ATLETA JOVEN

Nombre:

Apellidos:

Fecha de nacimiento:

☐ Femenino

☐ Masculino

Tiene una discapacidad intelectual o de desarrollo:

☐ Sí

☐ No

Raza/Origen étnico (opcional)

☐ Nativo de Alaska / Indio American

☐ Asiático Americano

☐ Prefiero no responder

☐ Afroamericano o Negro

☐ Nativo de Hawái o de otra de las Islas del Pacífico

☐ Más de una raza

☐ Blanco o Caucásico

☐ Hispano o Latinx

Idioma(s) que se hablan en el hogar del Atleta Joven (opcional): Marque todos los que correspondan

☐ inglés

☐ español

☐ otro (indique por favor):

Talla de la camiseta:

☐ Joven pequeño

☐ Joven medio

☐ Joven grande

☐ Requiere lugares accesibles con silla de ruedas

☐ Necesidades de idiomas:

☐ Condiciones médicas:

☐ Dieta especial:

☐ Otros:

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR

Nombre:

Relación:

Dirección:

Ciudad:

Estado/provincia:

Código Postal:

Teléfono:

E-mail:

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

☐ Igual que el padre/madre/tutor

Nombre:

Teléfono:

Relación:

FORMULARIO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD DEL ATLETA



Soy el padre/madre o tutor del participante en Atletas Jóvenes que se nombra a continuación y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Capacidad para participar.** El Atleta Joven está en condiciones físicas para participar en Olimpiadas Especiales.
- Autorización para el uso de la imagen.** Doy mi autorización a Special Olympics, Inc., a los comités organizadores de los juegos de Olimpiadas Especiales y a los Programas de Olimpiadas Especiales acreditados (colectivamente "Olimpiadas Especiales") para usar la imagen, fotografía, video, nombre, voz, palabras e información biográfica del Atleta Joven para promover Olimpiadas Especiales y recaudar fondos para Olimpiadas Especiales.
- Riesgo de conmoción cerebral y otras lesiones.** Sé que existe riesgo de sufrir lesiones. Entiendo el riesgo de continuar participando con una conmoción cerebral o una lesión, o posteriormente. El Atleta Joven podrá necesitar recibir cuidados médicos si existe sospecha de que ha sufrido una conmoción cerebral u otro tipo de lesión. Además, el Atleta Joven podría tener que esperar 7 días o más y obtener el permiso de un médico antes de volver a practicar deporte.
- Cuidado de emergencia.** Si un padre, madre o tutor no está disponible para dar su consentimiento para tomar decisiones médicas en una emergencia, autorizo a Olimpiadas Especiales a buscar cuidado médico para el Atleta Joven, a menos que yo marque alguno de estos casilleros:
 - ☐ Tengo una objeción religiosa o de otro tipo a recibir tratamientos médicos. (No común)
 - ☐ No doy mi consentimiento a transfusiones de sangre. (No común)(Si se ha marcado alguno de los casilleros, deberá completarse un FORMULARIO DE RECHAZO DE CUIDADOS MÉDICOS DE EMERGENCIA)
- Programas de salud.** Si el Atleta Joven participa en un programa de salud de Olimpiadas Especiales, doy mi consentimiento a las actividades de salud, los exámenes y el tratamiento para el Atleta Joven. Estas actividades no deberán reemplazar el cuidado de la salud normal. Puedo decir "no" a un tratamiento o cualquier otra cosa en cualquier momento para el Atleta Joven.
- Información personal.** Entiendo que Olimpiadas Especiales reunirá la información personal del Atleta Joven como parte de la participación, incluyendo el nombre, imagen, domicilio, teléfono, información de salud y demás información de identificación personal y relacionada con la salud provista a Olimpiadas Especiales ("información personal").
 - Autorizo y doy mi consentimiento a Olimpiadas Especiales a:
 - usar la información personal para: confirmar la elegibilidad y participación segura; realizar entrenamientos y eventos; compartir resultados de competencias (incluyendo en Internet y medios informativos); proveer tratamiento de salud si el Atleta Joven participa en un programa de salud; analizar datos con el propósito de mejorar la programación e identificar y responder a las necesidades de los participantes de Olimpiadas Especiales; realizar operaciones de computación, aseguramiento de la calidad, pruebas y otras actividades relacionadas; y a proveer servicios relacionados con los eventos.
 - usar la información personal para propósitos de comunicación y marketing, incluyendo marketing digital directo por e-mail, mensajes de texto y redes sociales.
 - compartir la información personal con (i) investigadores, como universidades y agencias de salud pública que están estudiando discapacidades intelectuales y el impacto de las actividades de Olimpiadas Especiales, (ii) profesionales médicos en una emergencia, y (iii) autoridades gubernamentales, con el propósito de ayudar en visas requeridas para viajes internacionales a eventos de Olimpiadas Especiales y para cualquier otro propósito necesario para proteger la seguridad pública, responder a solicitudes del gobierno y reportar información exigida por ley.
 - Tengo derecho a ver la información personal o a ser informado acerca de la información personal que es procesada. Tengo derecho a pedir corregir o eliminar la información personal y a restringir el procesamiento de información personal si no es consistente con este consentimiento.
 - Política de privacidad.** La información personal podrá ser usada y compartida de manera consistente con este formulario y según es explicado además en la política de privacidad de Olimpiadas Especiales en www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy.aspx.

Nombre del Atleta Joven:	
FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR	
Soy un padre, madre o tutor del Atleta Joven. He leído y comprendo este formulario. Al firmar, acepto este formulario en mi nombre y en el nombre del Atleta Joven.	
Firma del padre/madre/tutor:	Fecha:
Nombre en letra de molde:	Relación:

AUTORIZACIÓN PARA LA IMAGEN DEL ATLETA JOVEN PARA PATROCINADORES (OPCIONAL)



Olimpiadas Especiales depende de patrocinadores y socios para ayudar a apoyar nuestra misión. Frecuentemente utilizamos fotografías, vídeos e historias de nuestros atletas para mostrar el impacto del apoyo de las compañías que patrocinan a Olimpiadas Especiales. Si usted desea permitir que la imagen del Atleta Joven sea usada de esta forma, por favor lea y firme abajo.

Estoy de acuerdo en lo siguiente:

- Doy mi autorización a Special Olympics, Inc., a los comités organizadores de los juegos de Olimpiadas Especiales y a los Programas de Olimpiadas Especiales acreditados (colectivamente "Olimpiadas Especiales"), y a sus patrocinadores y socios a usar la imagen, fotografía, video, nombre, voz y palabras ("Imagen") para reconocer el apoyo de los patrocinadores y socios a Olimpiadas Especiales.
- Olimpiadas Especiales y sus socios y patrocinadores no usarán la Imagen del Atleta Joven para promocionar productos o servicios comerciales.
- Entiendo que ni el Atleta Joven ni yo seremos compensados por el uso de la Imagen del Atleta Joven.

Nombre del Atleta Joven:	
FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR	
Soy un padre, madre o tutor del Atleta Joven. He leído y comprendo este formulario. Al firmar, acepto este formulario en mi nombre y en el nombre del Atleta Joven.	
Firma del padre/madre/tutor:	Fecha:
Nombre en letra de molde:	Relación:



Dear Parents,

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

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

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

How would you like to receive your ReadyRosie videos?

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

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

- ☐ English
☐ Spanish

Parent First Name

Parent Last Name

Email

Cell Phone Number

Child's Name

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



Queridos Padres,

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

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

Regístrese para recibir sus videos gratuitos completando el siguiente formulario:

¿Cómo le gustaría recibir sus videos ReadyRosie?

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

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

- ☐ Inglés
- ☐ Español

Primer nombre de padre o tutor

Apellido de padre o tutor

Correo electrónico

Número de teléfono celular

Nombre del niño

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



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.



FORMULARIO DE PERMISO PARA APLICACIONES DE SOFTWARE CCSD59 2022-2023

CCSD59 utiliza diversos recursos tecnológicos para apoyar el aprendizaje de los estudiantes, incluidos, entre otros, proveedores de servicios en línea y basados en la nube de terceros. Estos recursos incluyen aplicaciones de software de terceros, comúnmente conocidas como "aplicaciones". Las políticas de la Junta CCSD59 regulan el uso de aplicaciones de terceros con los estudiantes, incluida la Política 6:60 (Contenido del plan de estudios) y la Política 6:235 (Acceso a redes electrónicas). CCSD59 también tiene un proceso de aprobación para usar aplicaciones de terceros. Los proveedores externos pueden acceder a la información de identificación personal de su hijo(a) que es ingresada en estas aplicaciones por su hijo(a) y/o el personal de la escuela (por ejemplo, nombre del estudiante, dirección de correo electrónico de la escuela, trabajo de clase). Este formulario de permiso debe completarse y devolverse antes de que a su hijo(a) se le otorgue acceso a cualquier aplicación aprobada por CCSD59.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, YO, EL PADRE/TUTOR DEL ESTUDIANTE NOMBRADO A CONTINUACIÓN, CONFIRMO QUE ENTIENDO Y ACEPTO LO SIGUIENTE:

1. He tenido la oportunidad de revisar la Política de la Junta de CCSD59 6:235 (Acceso a redes electrónicas). Entiendo que mi hijo(a) debe cumplir con la Política 6:235 y todas las demás políticas y reglas del Distrito relacionadas con el uso de las aplicaciones aprobadas por CCSD59.
2. Entiendo que mi hijo(a) es responsable de su uso de las aplicaciones aprobadas por CCSD59 en todo momento. Acepto la total responsabilidad de la supervisión, siempre y cuando mi hijo(a) use solicitudes aprobadas por CCSD59 fuera de la escuela.
3. Entiendo que el hecho de que mi hijo(a) no cumpla con todas las políticas y reglas de CCSD59 para usar aplicaciones de terceros puede resultar en la pérdida de privilegios, medidas disciplinarias (que pueden incluir la suspensión o expulsión) y/o acciones legales apropiadas.
4. Entiendo que CCSD59 tiene un proceso de aprobación para solicitudes de terceros y, una vez aprobado, el proveedor externo es un "funcionario escolar" del CCSD59 que puede acceder a la información de identificación personal de mi hijo(a) que está disponible dentro la aplicación del proveedor tercero sin mi consentimiento previo o notificación previa que se me haya entregado.
5. Entiendo que cuando mi hijo(a) use aplicaciones aprobadas por CCSD59, la información sobre mi hijo(a) ingresada en la aplicación del proveedor externo por parte de mi hijo(a) y/o los empleados de CCSD59 será recopilada y guardada electrónicamente por el proveedor externo. Entiendo que dicha información guardada puede ser accesible para otra persona que no sea mi hijo(a), yo y los empleados de CCSD59 o los funcionarios escolares en virtud de este entorno en línea.
6. Entiendo que los empleados de CCSD59 y los funcionarios de la escuela pueden acceder y monitorear el uso de mi hijo(a) de las aplicaciones aprobadas por CCSD59, incluido el acceso y la búsqueda de cualquier material guardado, transmitido o recibido a través de las aplicaciones.

7. Entiendo que el acceso a las aplicaciones aprobadas por CCSD59 está diseñado para fines educativos y que el CCSD59 toma precauciones para eliminar material controvertido. Sin embargo, también reconozco que es imposible que CCSD59 restrinja el acceso a todos los materiales controversiales e inapropiados. Mantendré inofensivo a CCSD59, a sus empleados, agentes o miembros de la Junta por cualquier daño causado por los materiales obtenidos a través de las aplicaciones aprobadas por CCSD59.

8. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento para que mi hijo(a) acceda y use las aplicaciones aprobadas por CCSD59 en cualquier momento por escrito.

9. Entiendo que puedo solicitar que se elimine la cuenta/información de mi hijo(a) de proveedores de aplicaciones de terceros en cualquier momento.

____ **SÍ**, entiendo y acepto los términos anteriores y le doy permiso a mi hijo(a) para que use las aplicaciones aprobadas por CCSD59 durante este año escolar.

____ **NO**, no doy permiso para que mi hijo(a) use ninguna aplicación aprobada por CCSD59 durante este año escolar.

Nombre del estudiante: (en letra de imprenta) _____ Grado: _____

Número de identificación del estudiante (si se conoce): _____ Escuela: _____

Firma del padre//tutor: _____ Fecha: _____

Por favor firme y envíe este formulario al maestro del salón de su hijo(a).