



NORTH CHICAGO COMMUNITY UNIT SCHOOL DISTRICT 187

Office of District Registrar

1717 Seventeenth Street - North Chicago, Illinois 60064

Phone: 847.578.7400 • Fax: 847.689.7478

Attention Parent(s)/Guardian(s): Welcome to North Chicago Public Schools! In order to register in District #187 you will need to fill out the District Registration Packet and provide ALL of the required documents. ALL registration must be completed in person by the parent/legal guardian ONLY. **STUDENTS ARE NOT CONSIDERED ENROLLED AND WILL NOT BE ALLOWED TO BEGIN SCHOOL UNTIL ALL REQUIREMENTS ARE SATISFIED.**

Student Name: _____ DOB: ____ / ____ / ____ Grade: _____

➤ HAS THIS STUDENT EVER ATTENDED SCHOOL IN DISTRICT #187?

YES (If yes, you must answer the next questions.)

NO

Date: _____ Grade: _____ School: _____

➔ **ILLINOIS STATE TRANSFER FORM MUST BE HAND CARRIED** ←

Has this student ever received Special Education Services in any school, at any grade level?

YES

School: _____

IEP HAND CARRIED? YES NO

Grade Level: _____

NO SERVICES RECEIVED

Has this student ever received ELL (Bilingual) Services in any school, at any grade level?

YES

School: _____

WIDA SCORES HAND CARRIED? YES NO

Grade Level: _____

NO SERVICES RECEIVED

✓	ENROLLMENT ITEMS REQUIRED
	Photo ID/DL (All)
	3 Proofs of Residency (All)
	Original Birth Certificate (30 days)
	Registration Fee (All)
	Updated Illinois Physical (All)
	Out of State Physical (If Applicable)
	Immunization Record (All)
	Vision Exam (Kindergarten)
	Dental Exam (Kindergarten, 2 nd , 6 th)
	Guardianship Information (If Applicable)
	Illinois State Transfer Form (If Applicable)

✓	6th – 8th GRADE ENROLLMENT ITEMS REQUIRED
	Final Report Card (If Available)
	Grade/Course History (All)
	Withdrawal Grades (All)

✓	9th – 12th GRADE ENROLLMENT ITEMS REQUIRED
	High School Transcript (All)
	Grade/Course History (All)
	Withdrawal Grades (All)

WITHDRAWAL PACKET HAND CARRIED? YES NO

Attention Parent(s)/Guardian(s): If you did not follow your previous school's withdrawal process, this may cause a delay in your student attending school in District #187.



NORTH CHICAGO COMMUNITY UNIT SCHOOL DISTRICT 187

Office of District Registrar

1717 Seventeenth Street • North Chicago, Illinois 60064

Phone: 847.578.7400 • Fax: 847.689.7478

Request for Student Records

Mail Official Records to:

**North Chicago Community High School
Registrar's Office
1717 Seventeenth Street
North Chicago, Illinois 60064**

**URGENT PLEASE FAX TODAY TO
(847) 689-7478**

- TRANSFER FORM
- WITHDRAWAL GRADES
- CLASS SCHEDULE/CLASS HISTORY
- UNOFFICIAL TRANSCRIPT
- PHYSICAL
- ACT/PSAE SCORES
- IMMUNIZATIONS
- LETTER OF GOOD STANDING

	Office Use Only
Date Faxed: _____	Date Mailed: _____
Date Emailed: _____	Time: _____
Results: _____	2 nd Request: _____

Attention Records Custodian

Last School Attended

School Address

School City, State and Zip Code

School Phone

PLEASE PRINT CLEARLY ALL INFORMATION

Please transfer the educational and health records of:

Student Name	Student ID Number	Grade Level	Date of Birth
_____	_____	_____	_____

* I hereby grant permission for the release of the above named student's records and I understand that I have the right to inspect, copy, and challenge the content of the records released.

Parent/Guardian or Receiving School Official's Signature: _____ Date: _____

Please **FAX** items checked at the top right corner of this request then **MAIL** items checked below and all other **PERMANENT** records including attendance :

- IEP (if applicable)
- Transcript (mail with official school seal)
- Illinois State Transfer Form (I.S.B.E)
- Health Records
- 504 Plan (if applicable)
- Birth Certificate
- Final Report Card
- Current Transfer Grades
- ACT/PSAE Test Scores
- General Test Scores
- WIDA Scores (if applicable)

Sending School Please Complete This Box

- Special Ed Student
List services received: _____
- _____
- _____
- ELL Student

Illinois School Code permits the records custodian of another school in which a student has enrolled or will enroll the right to access student records (105 ILCS 10/6). Timely receipt of records, once a request has been made, allows a school district to make appropriate educational decisions for the student. North Chicago School District 187 will make reasonable attempts to obtain parental consent before releasing student's records to the records custodian of another school in which a student has enrolled or will enroll. Please note: It is illegal to withhold student records because of financial obligations.

PRINT

Home Language Survey

Male Female

Student's Name: / /
Estudiante (Last Name/Apellido) (First Name/ Nombre) (Initial/Inicial)

Address: Phone:
Dirección Número de Teléfono

Enrolling in Grade: Age: Date of Birth: Country of Birth:
Grado de inscripción Edad Fecha de Nacimiento País de origen/nacimiento

Mother's Name: Father's Name:
Nombre de la madre Nombre del Padre

Legal Guardian (if applicable) Tutor Legal /Guardián (si aplica)

"Box A" Language must be filled out COMPLETELY ---Tiene que llenarse completamente

A. Is a language other than English spoken in the Student's Home? Yes No
¿Hay otro idioma además del Ingles que se hable en la casa del estudiante?

A1. If yes, please identify the other language spoken on this line.
A1 Si es así, identifique cual es el otro idioma hablado.

B. Does your child speak a language other than English? Yes No
¿Habla su hijo un idioma que no sea el Inglés?

B1. If yes, please identify the other language your child speaks on this line
B1. Si es así, identifique el otro idioma que su hijo habla.

"Box B" - School History

Please list the schools that your child has attended beginning with the most current school.
Haga una lista de las escuelas a las cuales su hijo asistió, comenzando por la escuela más reciente.

1.) When did your child first enroll in a U.S. school? Month/Year /
¿Cuándo se inscribió a su hijo en una escuela de EE.UU. por primera vez? Mes/Año

2.) Has your child ever attended a North Chicago School? Yes No
¿Asistió su hijo alguna vez a una escuela de North Chicago? Si No When? /¿Cuándo?

*Circle school / Circule cual escuela

Yeager A. J. Katzenmaier Forrestal Green Bay North
South Novak King Neal North Chicago HS

3.) For school meetings, do you need an interpreter to be present? Yes No
Para las reuniones escolares, ¿Necesita los servicios de un intérprete? Si No

4.) Has your child ever been placed into a bilingual/ ESL program? Yes No
¿Alguna vez se ha inscrito su hijo en un programa bilingüe/ESL? Si No

5) Do you wish to have your child's report card in your native language? Yes No
¿Prefiere usted obtener las notas de su hijo(a) en su idioma natal? Si No

Parent/Guardian's Signature (Firma del Padre/Tutor)

Date /Fecha

For office Use Only:

Home School: Attending School: Grade: Teacher: SY20



NORTH CHICAGO COMMUNITY UNIT SCHOOL DISTRICT 187

Office of District Registrar

1717 Seventeenth Street • North Chicago, Illinois 60064

Phone: 847.689.6333 • Fax: 847.689.7478

LISTA DE COMPROBANTES DE EVIDENCIA DE DOMICILIO

****SECCION I: Propietarios de Viviendas y Familias Militares Con Contrato de Arrendamiento Solamente****

Los Inquilinos y aquellos que requieren una declaración jurada deben presentar prueba de domicilio en persona en agosto. Por favor, vea la SECCION II.

TODOS LOS PADRES/TUTORES DEBEN PRESENTAR UNA IDENTIFICACION VALIDA PARA REGISTRAR

Por favor proporcione un documento de la categoría 1 Y dos documento de la Categoría 2.

Sólo los documentos a continuación serán aceptados como prueba de domicilio.

Categoría 1 - (un documento)

- Factura Actual de Impuestos Pagados de su Propiedad
- Declaración Mensual de la Hipoteca Actual o Cupón
- Contrato Actual de Arrendamiento extendido

***** Y *****

Categoría 2 - (dos documentos que muestran la dirección actual en los últimos 60 días)

- Gas, Cable, Electricidad, Agua, Factura de Gestión de Residuos (basura)
- Tarjeta Médica/AllKids
- Tarjeta de Registro de Votar

LISTA DE VERIFICACION DE PRUEBA DE DOMICILIO

****SECCION II: Debe presentar pruebas de domicilio en persona en Agosto****

Por favor proporcione un documento de la categoría 1 y dos documento de la Categoría 2.

Sólo los documentos a continuación serán aceptados como prueba de domicilio.

Categoría 1 - (un documento)

- Factura Actual de Impuestos Pagados de su Propiedad
- Declaración Mensual de la Hipoteca Actual o Cupón
- Contrato Actual de Arrendamiento
- Declaración Jurada de Residencia en el Distrito (Declaración Jurada debe ser acompañada por 3 pruebas de domicilio del propietario/arrendador y su ID o licencia del estado de Illinois)

***** Y *****

Categoría 2 - (dos documentos que muestran la dirección actual en los últimos 60 días)

- Gas, Cable, Electricidad, Agua, Factura de Gestión de Residuos (basura)
- Tarjeta Médica/AllKids
- Tarjeta de Registro de Votar

****Residentes Militares SOLAMENTE****

- Declaración Mensual de la Hipoteca Actual o Contrato Actual de Arrendamiento y su ID Militar (NO COPIAS)

**NORTH CHICAGO COMMUNITY UNIT SCHOOL DISTRICT 187
ESTUDIANTE FORMULARIO DE INFORMACION**

APPELLIDO DE ESTUDIANTE: _____ NOMBRE: _____ INICIALES: _____ GRADE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____ TELEFONO: _____

DIRECCION: _____ CIUDAD/CODIGO POSTAL: _____

ESCUELA ANTERIOR: _____ NINO ADOPTIVO: SI NO GENERO: F M

TUTELA DEL ESTADO: SI NO ORIGEN ETNIA: (marque una) Blanco Negro Hispano Multi-Racial Asiático/De las Islas Pacificas Indio Americano

SERVICIO DE EDUCACION ESPECIAL: SI NO PLAN DE 504: SI NO BILINGUAL/ELL EDUCATION SERVICES: SI NO

HERMANOS EN EL DISTRITO: SI NO NOMBRE: _____ ESCUELA: _____ GRADO: _____

NOMBRE: _____ ESCUELA: _____ GRADO: _____

NOMBRE: _____ ESCUELA: _____ GRADO: _____

INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA:

RELACION	APELLIDO	NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO
1.				
2.				
3.				

En caso de una emergencia mi hijo debería ir directamente al domicilio SI NO (marque uno)

O irse a la casa de: NOMBRE: _____ TELEFONO: _____

Los individuales apuntados arriba tienen mi autorización de recoger a mi hijo y son disponibles durante el día de escuela en el teléfono apuntado. Yo le informare a estas personas que yo use sus nombres, direcciones, y teléfono como alternativos para mi hijo(a) en caso de emergencia. Mi niño sabe que debe hacer en caso de emergencia.

INFORMACION DE PADRE/GUARDIAN

RELACION	APELLIDO	NOMBRE	TRABAJO	TELEFONO DE TRABAJO	OTRO TELEFONO
1.					
2.					
3.					

CONTACTO PRIMARIA CORREO ELECTRONICO:

Estudiante vive con: (Marque los que aplican) Madre Padre Madrastra Padrastro Abuelos Guardián

Nos da usted permiso de compartir estos números de teléfono como contacto de emergencia? SI NO

PERTENECEN CUALQUIERA DE LOS PADRES EN EL SERVICIO MILITAR O TRABAJAN EN PROPIEDAD DEL GOBIERNO? SI NO

CENTRO: _____ PUESTO#: _____ ACTIVE: SI NO

En el caso de que mi hijo se convierte en gravemente enfermo o lesionado y necesita atención médica urgente y es imposible ponerse en contacto con cualquiera de los padres / tutores, por favor llevar a mi hijo al médico más cercano y / o al hospital para obtener la atención necesaria. ESTOY DE ACUERDO EN ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DEL gastos involucrados en los manejos de esta atención médica de emergencia. Tenga en cuenta que para la seguridad de su hijo la información en este formulario será compartida con el personal, ya que necesitan saberlo.

Yo afirmo que toda la información en este formulario es correcta. Entiendo que asumo la responsabilidad de notificar a la escuela por escrito de cualquier cambio en la información de este formulario. Una persona es culpable de un delito menor de clase C si (a), que a sabiendas se inscribe o intenta inscribirse en la escuela de un distrito, de forma gratuita la matrícula, el alumno conoce a esa persona a ser un no-residente del distrito o (b) esa persona a sabiendas o voluntariamente se presenta a cualquier distrito escolar cualquier información falsa con respecto a la residencia de un alumno a asistir a cualquier distrito escolar sin el pago de una tasa de matrícula de no residente.

PADRE/GUARDIAN

FIRMA

FECHA

PADRE/GUARDIAN

FIRMA

FECHA



NORTE CHICAGO COMUNIDAD UNIDAD DEL DISTRITO ESCOLAR 187
Escuela Departamento de Enfermería - 1717 17th Street - North Chicago, Illinois 60064
Teléfono: 847-505-7245 Fax: 847-689-7473

Sra. Kim Baumann, MSN, RN Enfermera de Distrito

"No es lo mucho que hacer, pero cuánto amor te desanime en el hacer."

Requisitos de Salud

Primera Infancia / Pre-K

- deben mostrar prueba de tener un examen físico el plazo de un año de la escuela partida debe
- demostrar prueba de la inmunización estado Illinois REQUISITOS documentado en estado de Illinois forma

Kindergarten

- Examen físico dentro de un año de comenzar la escuela en estado de forma de Illinois
- Illinois Cumple requisito de vacunación estatal sobre Estado de Illinois de evaluación
- formulario diabética llenado por su médico
- cuestionario de riesgos de plomo llenado por el médico para
- examen de la vista ser completado del 15 de antes del octubre año escolar
- examen dental que esté terminado el 15 de para del mayo año escolar

segundo grado

- examen Dental para ser completado del 15 de antes del mayo año escolar

6to Grado

- Examen físico **dentro un año de comenzar el sexto grado** en estado de forma de Illinois (física deportiva no cuenta para este requisito)
- Una dosis de la vacuna Tdap de refuerzo
- Una dosis de la vacuna contra el meningococo (MCV4) a partir del 10 cumpleaños
- Completado 3 dosis de serie contra la hepatitis B de vacunas
- examen dental que esté terminado el 15 de para del mayo año escolar

9no Grado

- Examen físico **el plazo de un año a partir de noveno grado** en el estado de forma de Illinois (física deportiva no cuenta para este requisito)
- Cumple con los requisitos de inmunización del estado de Illinois

Grado 12 de

- la vacuna meningocócica(MCV4)
** segundo si la dosis recibida en o después del 10 cumpleaños
O
** 1 dosis si solamente la dosis recibida en o después del cumpleaños número 16

Por favor, asegúrese de que forma examen físico se llena por completo con:

Preguntas de la historia clínica completa cumplimentados y firmados por el padre o tutor legal, las vacunas requeridas, cuestionario de riesgos de plomo, el cribado diabética, **médico de la firma con la dirección**

de salida de los estudiantes del estado.:

- Debe cumplir con los requisitos de vacunación de Illinois, junto con un examen físico completo en Illinois Certificado de Examen de Salud del Niño Forma
- Examen Visual utilizando el informe del Estado de Illinois Examen de ojos completado por un oftalmólogo / optometrista realizar debe antes del 15 de del octubre año escolar

*** Todas las formas del Estado Requerido están disponibles en la oficina de la escuela o en el sitio web de la escuela: d187.org, ficha recursos para padres, los requisitos de salud **

**ESTADO DE ILLINOIS
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS
CERTIFICADO DE EXAMEN DE SALUD DEL NIÑO(A)**

Por favor escriba en letra de molde

Nombre del Estudiante			Fecha de Nacimiento		Sexo	Escuela		Grado / Núm. de Identificación						
Apellido	Nombre		Inicial		Mes/Día/ Año									
Dirección	Calle	Ciudad	Zona Postal	Padres / Tutor		Núm. de Teléfono de Casa		Trabajo						
VACUNAS: Para ser completado por el proveedor de cuidado d salud. Indique el mes/día/año para <i>cada</i> dosis administrada. El día y el mes se requiere si usted no puede determinar si la vacuna se administró <i>después</i> del intervalo mínimo o edad. Si una vacuna específica está médicamente contraindicada, una declaración aparte por escrito se debe adjuntar explicando la razón médica por esta contraindicación.														
VACUNAS / DOSIS			1 MES DÍA AÑO		2 MES DÍA AÑO		3 MES DÍA AÑO		4 MES DÍA AÑO		5 MES DÍA AÑO		6 MES DÍA AÑO	
Difteria, Tétano y Pertusis (DTP o DTaP)														
Difteria y Tétano (DT o Td Pediátrica)														
Polio Inactivo (IPV)														
Polio Oral (OPV)														
Haemófilo influenza tipo b (Hib)														
Hepatitis B (HB)														
Varicela (Chickenpox)														
Combinado Sarampión, Paperas y Rubéola (MMR)														
Sarampión (Rubéola)														
Rubéola (sarampión de 3-días)														
Paperas														
Neumocócico (no se requiere para ingresar a la escuela)			<input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PPV23		<input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PPV23		<input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PPV23		<input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PPV23		<input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PPV23		<input type="checkbox"/> PCV7 <input type="checkbox"/> PPV23	
Marque tipo específico (PCV7, PPV23) Fecha														
Otro (Especifique: Hepatitis A, meningococcal)														
Proveedor de Cuidado de Salud (MD, APN, PA, profesional de salud escolar, oficial de salud) que verifica el historial de vacunas arriba tiene que firmar a continuación.														
Firma			Título						Fecha					
Firma			Título						Fecha					
(Si agrega fechas en la sección del historial de vacunas, escriba sus iniciales al lado de la fecha y firme aquí.)														
Firma			Título						Fecha					
(Si agrega fechas en la sección del historial de vacunas, escriba sus iniciales al lado de la fecha y firme aquí.)														

COMPROBANTE ALTERNATIVO DE INMUNIDAD																				
1. El diagnóstico clínico se acepta si es verificado por un médico * (Todos los casos de sarampión diagnosticados en o después del 1ero de julio de 2002, se deben comprobar por medio de evidencia de laboratorio.)																				
*SARAMPIÓN (Rubéola)			MES	DÍA	AÑO	PAPERAS	MES	DÍA	AÑO	VARICELA	MES	DÍA	AÑO	Firma del Médico						
2. El historial de la enfermedad de varicela (chickenpox) se acepta si se comprueba por un proveedor de cuidado de salud, profesional de salud escolar u oficial de salud. La persona que firma a continuación verifica que la descripción del padre / tutor del historial de enfermedad de la varicela indica una infección pasada y acepta tal historial como documentación de la enfermedad.																				
Fecha de la Enfermedad:			Firma						Título						Fecha					
3. Confirmación del laboratorio (marque uno) <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Varicela																				
Resultados de Laboratorio			Fecha						MES DÍA AÑO						(Adjunte copia del reporte de laboratorio, si está disponible.)					

DATOS SOBRE LA EVALUACIÓN DE VISIÓN Y AUDICIÓN																
Pre-escolar- anualmente comenzando a la edad de 3, Edad escolar- en el grado requerido durante el año escolar.																
Fecha																
Edad/Año																
	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I
Visión																
Audición																
Código: P = Pasó F = Falló U = No se pudo examinar R = Referido G/C=Lentes/ Lentes de Contacto																

Imprimió con la Autoridad del Estado de Illinois
(Complete Ambos Lados)

Nombre del Estudiante			Fecha de Nacimiento	Sexo	Escuela	Grado / Núm. De Ident.
Apellido	Nombre	Inicial	Mes / Día / Año			

HISTORIAL DE SALUD PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR EL PADRE / TUTOR Y VERIFICADO POR EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD

ALERGIAS (Alimentos, drogas, insectos, otro)			MEDICINAS (Anote todas las recetas o tomadas con regularidad.)			
¿Diagnóstico de Asma?	SI	No	Indique Severidad	¿Pérdida de las Funciones de uno de los pares de Órganos? (Ojos / Oídos / Riñones / Testículos)	SI	No
¿Niño(a) despierta tosiendo en la noche?	SI	No		¿Hospitalizaciones?	SI	No
¿Defectos de Nacimiento?	SI	No		¿Cuándo? ¿Para Qué?	SI	No
¿Retrasos del Desarrollo?	SI	No		¿Cirugía? (Anótelas Todas)	SI	No
¿Problemas De La Sangre? Hemofilia, Glóbulos Falciformes, Otro Explique	SI	No		¿Cuándo? ¿Para Qué?	SI	No
¿Diabetes?	SI	No		¿Heridas Graves o Enfermedad?	SI	No
¿Herida de la Cabeza / golpe / desmayo?	SI	No		¿Prueba positiva de la piel para el TB	SI *	No
¿Convulsiones? ¿Cómo Se Manifiestan?	SI	No		¿Enfermedad de TB (Pasado o Presente)?	SI *	No
¿Problemas Cardíacos / Falta de Respiración?	SI	No		¿Uso de Tabaco (Tipo, Frecuencia)?	SI	No
¿Soplo Cardíaco / Presión Arterial Alta?	SI	No		¿Uso de Alcohol / Drogas?	SI	No
¿Mareos O Dolor De Pecho Al Hacer Ejercicio?	SI	No		¿Historial Familiar de Muerte Repentina antes de los 50 años? (¿Causa?)	SI	No
¿Problemas con los Ojos / Visión? Lentes 9 Lentes de Contacto 9 Último Examen				Dental 9 Ganchos 9 Puente 9 Placas Otro		
¿Otras Preocupaciones? (bizco, párpados caídos, entrecerrar los ojos, dificultad cuando lee)				¿Otras Preocupaciones?		
¿Problemas de Audición?	SI	No		La información en este formulario se puede compartir con el personal apropiado para propósitos de salud y educación.		
¿Problemas de los huesos / Articulaciones / Heridas / Escoliosis?				Firma del Padre / Tutor		Fecha

LA SECCIÓN TOTAL QUE SIGUE DEBE SER COMPLETADA POR MD/DO/APN/PA (* INDICA EXAMINACIÓN ORDENADA POR INSTITUCIONES DE CUIDADO DE NIÑOS CON LICENCIA DEL ESTADO)

REQUISITOS DE EXAMEN FÍSICO	ALTURA	PESO	BMI	B/P
EVALUACIÓN DE DIABETES BMI > 85% edad / sexo SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Y uno de los dos siguientes: Historial Familiar SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Minoría étnica SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Muestras de Resistencia a la Insulina (hipertensión, dislipidemia, síndrome de ovario poliquístico, acantosis nigricans) SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Está en Riesgo SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				

CUESTIONARIO DEL PLOMO* se requiere para niños de 6 meses a 6 años registrados en una escuela con financio escuela pública, centro de cuidado de niños, preescolar, guardería infantil y / o kindergarten.
 ¿Se Indicó Examen de Sangre? SI No Fecha del Examen de Sangre _____ Resultado de Examen de Sangre _____ (Si el niño(a) reside en Chicago, se requiere examen de la suera.)

Examen de la piel para el TB Se recomienda sólo para niños en grupos de alto riesgo, incluye a niños que tienen sistema inmune supreso debido a infección del VIH (HIV) u otras condiciones, inmigrantes recién llegados de países de alta prevalencia, o aquellos adultos expuestos en categorías de alto riesgo. **Vea las guías del CDC. Fecha que se leyó / / Resultado mm**

PRUEBAS DE LAB. *INDICA EXAMENES ORDENADOS POR LAS INSTITUCIONES DE CUIDADO DE NIÑOS DEL ESTADO	Fecha	Resultados	Fecha	Resultados
Hemoglobina * o Hematocrito*				
Análisis de Orina				
		Glóbulos Falciformes (Sickle Cell) * (como se ven)		
		Otro		

SISTEMA DE REVISIÓN	Normal	Comentarios / Seguimiento / Necesidades	Normal	Comentarios / Seguimiento / Necesidades
Piel			Endocrino	
Oídos			Gastrointestinal	
Ojos Normal SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Evaluación objetiva SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resultado Ambliopía SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Referencia al Oftalmólogo/Optometrista SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Genito-Urinario	LMP
Nariz			Necrológico	
Garganta			Músculo esqueleto	
Boca / Dental			Examinación de espina dorsal	
Cardiovascular/ETN			Estado de Nutrición	
Respiración			Salud Mental	

NECESIDADES/MODIFICACIONES requeridas en el ámbito escolar **DIETA Necesidades / Restricciones**

INSTRUCCIONES ESPECIALES/ DISPOSITIVOS ejem. lentes de protección, ojo de vidrio, protector de pecho para la arritmia, marcapasos, aparato de prótesis, puentes dentales, dentaduras, sostén / copa para deportes

SALUD MENTAL / OTRO: ¿Piensa usted que hay algo más que la escuela debe saber sobre el estudiante?

Si a usted le gustaría hablar de la salud de este estudiante con la escuela o personal de salud escolar, marque el título: Enfermera Maestro Consejero Principal

ACCIÓN DE EMERGENCIA se necesita mientras está en la escuela debido a la condición de salud del niño(a) (ejem., convulsiones, asma, picadura de insectos, alergias de alimentos, alergia al cacahuate (maní), problemas de sangrado, diabetes, problemas del corazón)? SI No Si contestó sí, por favor descríbalo.

Basado en el examen de este día, yo apruebo que este niño(a) participe en: (Si la respuesta es No o es Modificada, por favor adjunte explicación)

EDUCACIÓN FÍSICA SI No Modificada **DEPORTES ENTRE ESCUELAS** (por un año) SI No Limitado

Médico / Enfermera de Práctica Avanzada / Asistente de Médico que hace el examen

Nombre (letra de molde) _____ Firma _____ Fecha _____

Dirección _____ **Teléfono** _____



FORMULARIO COMPROBANTE DEL EXAMEN DENTAL ESCOLAR

Para ser completado por el padre/madre (por favor impresión):

Nombre del Estudiante:	Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento: / / (Mes/Día/Año)
Dirección:	Calle	Ciudad	Código Postal	Número de Teléfono:
Nombre de la Escuela:	Grado:		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Nombre del padre/madre o encargado:		Dirección del padre/madre o encargado:		

To be completed by dentist: (Para ser completado por el dentista:)

Oral Health Status (check all that apply)

Yes No **Dental Sealants Present**

Yes No **Caries Experience / Restoration History** — A filling (temporary/permanent) OR a tooth that is missing because it was extracted as a result of caries OR missing permanent 1st molars.

Yes No **Untreated Caries** — At least 1/2 mm of tooth structure loss at the enamel surface. Brown to dark-brown coloration of the walls of the lesion. These criteria apply to pit and fissure cavitated lesions as well as those on smooth tooth surfaces. If retained root, assume that the whole tooth was destroyed by caries. Broken or chipped teeth, plus teeth with temporary fillings, are considered sound unless a cavitated lesion is also present.

Yes No **Soft Tissue Pathology**

Yes No **Malocclusion**

Treatment Needs (check all that apply)

Urgent Treatment — abscess, nerve exposure, advanced disease state, signs or symptoms that include pain, infection, or swelling

Restorative Care — amalgams, composites, crowns, etc.

Preventive Care — sealants, fluoride treatment, prophylaxis

Other — periodontal, orthodontic

Please note _____

Signature of Dentist _____

Date of Exam _____

Address _____
Street City ZIP Code

Telephone _____





NORTH CHICAGO COMMUNITY UNIT SCHOOL DISTRICT 187

2000 LEWIS AVENUE • NORTH CHICAGO, ILLINOIS 60064 • (847) 689-8150

Fecha: Padrea/Guardianes

Re: Medicamentos

1. Para que su niño/a pueda tomar cualquier medicina durante horas de clase, con o sin receta, las pautas siguientes deben ser adheridas.
2. La forma para la autorizacion de medicamentos en la escuela (Form 131) debe ser llenada y firmada por el doctor medico y los padres.
3. La medicina es de ser entregada por el padre/guardián a la enfermera de la escuela.
 - Cantidad:
 - Surtido para un mes si son dosis diarias de rutina.
 - Una abundante cantidad para cuando sea necesaria.
 - Contenedor e Identificacion (Pida a la farmacia un contenedor para medicinas recetadas para el uso en la escuela):
 - Contenedor de Seguridad
 - La Etiqueta incluyendo:
 - Nombre del niño/a
 - Nombre de la Medicina
 - Cantidad en cada Dosis
 - Horario en cual la medicina debe ser tomada
 - Toda la medicina sin receta enviada a la escuela debe ser nueva y estar en el paquete original y sellado.
4. El Transporte de la Medicina:
 - La medicina debe ser traída a la oficina de la enfermera de la escuela por el padre, Ningunas Excepciones!
 - A fines del año escolar, toda la medicina debe ser recogida por el padre antes del último día de clases. Cualquier medicina olvidada en la escuela será destruida.



NORTH CHICAGO COMMUNITY UNIT SCHOOL DISTRICT 187

2000 LEWIS AVENUE • NORTH CHICAGO, ILLINOIS 60064 • (847) 689-8150

FORMA de AUTORIZACION de MEDICINA

Las medicinas no pueden ser administradas en la escuela sin una orden escrita del médico y una petición escrita del padre/guardián.

Escuela: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de Padre(s) o Guardián(es): _____

Dirección de Casa: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____

LA INFORMACION SIGUIENTE DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO

Medicina (1): _____ Dosis: _____

Cada cuanto se toma: _____ Duración: _____

Efectos Secundarios Posibles: _____

Condición por cual la medicina es dada: _____

Debe ser esta medicina administrada durante horarios de escuela para el niño poder asistir la escuela o para aliviar la condición médica del niño: Si No

Medicina (2): _____ Dosis: _____

Cada cuanto se toma: _____ Duración: _____

Efectos Secundarios Posibles: _____

Condición por cual la medicina es dada: _____

Debe ser esta medicina administrada durante horarios de escuela para el niño poder asistir la escuela o para aliviar la condición médica del niño: Si No

Firma del Doctor Médico: _____ Fecha: _____

Nombre del Médico: _____ Teléfono de oficina: _____ Fax: _____

PLEASE PRINT

PARA LOS PADRES O GUARDIANES:

Todas las medicinas que seran tomadas en la escuela deben ser proporcionadas por los padres. Esta petición termina bajo las órdenes de el medico o al fin del año escolar actual, el que ocurra primero. La enfermera de la escuela puede consultar con el médico que recetando la medicina con respecto a la medicina.

Firmando abajo, yo concedo que soy principalmente responsable de administrar la medicina a mi niño. Sin embargo, en caso de que no pueda ser así o en caso de una emergencia médica, yo por la presente autorizo al Distrito de North Chicago y sus empleados y a agentes, en mi beneficio, para administrar o procurar administrar a mi niño mientras estén bajo la supervisión de los empleados y agentes del Distrito, licitamente en la manera descrita por el médico. Reconozco que puede ser necesario para la administración de medicinas a mi niño que sea realizado por un individuo que no se una enfermera de la escuela, y específicamente consentimiento a tales prácticas, yo concedo en identificar y tener inocuo el distrito y sus empleados y a agentes contra cualquier reclamo, menos basado en el conducto voluntarioso y lascivo, surgiendo fuera de la administración de medicina del niño.

Yo por la presente solicito y otorgo el permiso para que el personal profesional de la escuela administre la medicina prescrita a mi niño durante el día lectivo.

Firma del Padre o Guardián: _____ Fecha: _____



2016-2017 INFORMACION MÉDICA – CONTACTOS DE EMERGENCIA

Nombre del Estudiante: _____ Tel. de Casa: _____

Nombre del Padre/Guardián: _____ Tel. de Casa: _____ Número de Celular: _____

Lugar de Empleo: _____ Horario de Trabajo: _____ Tel. de Trabajo: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Tel. de Casa: _____ Número de Celular: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Tel. de Casa: _____ Número de Celular: _____

Médico Familiar: _____ Teléfono: _____

****La ley del Estado y El Comité de Educación de Illinois requieren que la escuela tenga por lo menos 2 contactos de emergencia. ****

Por favor indique la siguiente información médica:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Su hijo/hija tiene Asma? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Su hijo/hija tiene una condición cardíaca? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Su hijo/hija tiene la presión alta? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿A su hijo/hija le dan ataques? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Sufre su hijo/hija de alergias por la estación? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿A su hijo/hija le sangra la nariz frecuentemente? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Su hijo/hija sufre de dolores de cabeza frecuentemente? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Su hijo/hija usa frenos en los dientes? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Su hijo/hija usa audífono para ayudarlo/a a escuchar? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Su hijo/hija es alérgico a picaduras de abeja? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Usa un Epi-pen por si le pica una abeja? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Su hijo/hija es alérgico a alguna comida? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Su hijo/hija tiene la enfermedad Sickle Cell? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Su hijo/hija tiene la enfermedad Traits Disease? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Enumere todas las alergias que tenga: _____

A que alimentos es su hijo/hija alérgico: _____

Usa una Epi-pen para esta alergia? Sí No

**¿Está tomando actualmente algún medicamento? Sí No

****TODA** medicina que es tomada en la escuela incluyendo sin receta, los inhalantes y las e pi-pens, requieren que una forma de la autorización de la medicina sea completada y firmada por el médico y el padre ANTES que la medicina puede ser utilizada en la escuela. La enfermera de la escuela le puede proporcionar ésta forma.

Por favor enumere todos los medicamentos que su hijo/a está tomando: _____

¿Ha sido hospitalizado su hijo/hija? Si es así, porqué y cuando?: _____

¿Hay alguna otra condición médica de la cual necesitamos tener conocimiento para que le podamos proporcionar servicios de salud a hijo/hija durante el año escolar? _____

CONSENTIMIENTO DEL PADRE/GUARDIAN PARA TRATAMIENTO EN CASO DE EMERGENCIA

Por la presente yo autorizo al Distrito 187, sus empleados y sus agentes a proporcionar ayuda médica en caso de emergencia o que haga arreglos y que consienta en mi lugar al tratamiento médico inmediato por un médico licenciado o certificado u otro personal médico para mi hijo/hija _____ siempre y cuando el personal autorizado de la escuela crea que tal ayuda de emergencia sea necesaria para proteger la salud, la seguridad, y el bienestar de mi hijo/hija. Renuncio además a cualquier reclamo contra el Distrito 187, los miembros del Comité de Educación, sus empleados y su agente que surja fuera de la provisión de, o del arreglo para la ayuda médica de emergencia a mi hijo/hija y concuerdo en tener por inocente e indemnizar al Distrito 187, los miembros del Comité de Educación, sus empleados y su agente, conjuntamente o separadamente, de y contra cualquier y toda obligación, demandas de reclamo, daños, o causa de acción o heridas, costos y gastos, incluyendo honorarios de abogados, como resultado de, o que haya surgido de la provisión de, o de los arreglos para el tratamiento médico de emergencia.

Firma de Padre/Guardián

Fecha



2016-2017

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Estimado Padre/Guardián,

Durante el año escolar, puede que se presente la necesidad de que el personal de la Unidad Comunitaria del Distrito Escolar 187 de North Chicago / (Escuela:) tenga que entrevistar, fotografiar o grabar en video a su hijo/hija para publicaciones, reportajes de televisión, presentaciones públicas y sitios de internet. Puede que se tomen fotografías de todo un grupo o de estudiantes individuales y puede que se use el nombre de los estudiantes. Para la protección de los estudiantes en el internet, la foto y apellido del estudiante no aparecerán juntos en sitios de internet de la escuela o el Distrito.

Por favor complete la sección en la parte de abajo y regrese el formulario a la oficina de la escuela.

Gracias por cooperar con nosotros en destacar el buen trabajo y esfuerzo de nuestros estudiantes e instructores.

Por favor marque una opción:

- Doy autorización para que mi hijo/hija sea fotografiado, filmado, y entrevistado y doy permiso para que se utilice su nombre. Solo se utilizarán nombres de pila en sitios de internet de la escuela o del distrito.
- Doy autorización para que mi hijo/hija sea fotografiado o filmado, pero no deseo que se utilice su nombre.
- No autorizo a que mi hijo/hija sea fotografiado, filmado, o entrevistado y no deseo que se utilice su nombre.

Nombre del Estudiante

Nombre del Maestro/a

Firma del Padre/Guardián

Fecha

Este formulario se vence el 7 de Junio 2017



2016-2017

SOLICITUD PARA NO COMPARTIR INFORMACIÓN DEL DIRECTORIO ESTUDIANTIL

Estimado Padre/Guardián,

Como lo exige la ley, el personal del Distrito Escolar puede compartir la “información del directorio” acerca de los estudiantes a miembros del público en general cuando es solicitada. La “Información del Directorio” incluye lo siguiente: el nombre y la dirección del estudiante; el nombre y la dirección de los padres; fecha de nacimiento; género; grado; premios y honores académicos recibidos; la participación en actividades patrocinadas por la escuela; organizaciones y deportes; especialidad principal de estudio; y el periodo de asistencia en la escuela. Los padres que soliciten que ésta información no se comparta deberán notificarlo a la escuela anualmente, al comienzo del año escolar.

Por favor tenga en cuenta que al elegir que dicha información no sea incluida en las publicaciones, la información de su estudiante no será incluida en el anuario estudiantil, directorio estudiantil escolar, actividades o programas atléticos, boletines escolares, artículos en los periódicos locales, en los listados de vendedores de artículos de graduación tales como anillos, togas y birretes, y en los anuncios de graduación. Usted deberá comunicarse directamente con los comerciantes. Se les avisa a los padres que no puede seleccionar artículos específicos para que se publiquen o se retengan.

Por favor llene esta hoja sólo si **NO** desea que la información de su hijo(a) se comparta. Por favor indíquelo en esta hoja y devuelva la hoja a la oficina de la escuela.

Por favor marque aquí:

- Como padre, yo pido que la información de mi estudiante en el directorio no sea compartida con el público en general y que no sea incluida en publicaciones escolares.

Nombre del Estudiante

Nombre de Escuela

Firma del Padre/Guardián

Fecha



NORTH CHICAGO COMMUNITY UNIT SCHOOL DISTRICT 187

Office of District Registrar

1717 Seventeenth Street • North Chicago, Illinois 60064

Phone: 847.689.8150 • Fax: 847.689.6328

Junta Estatal de Educación de Illinois

Nuevas Normas para Datos de Raza y Etnicidad del Departamento de Educación de EE.UU.

Nombre del Estudiante: _____ Identificación SIS: _____

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por los padres / tutores del alumno, y ambas preguntas deben ser contestadas. La parte A pregunta sobre el origen étnico del estudiante y la Parte B pregunta sobre la raza del estudiante. Si usted se niega a responder cualquier pregunta, el distrito escolar está obligado a proporcionar la información que falta por la identificación del observador.

Parte A. ¿Es el estudiante Hispano/Latino? (Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centro o sudamericano o de otra cultura u origen español, sin importar la raza.) Elija sólo una

- No, no es hispano/latino
- Sí, es Hispano/Latino

La pregunta anterior es sobre etnicidad, no sobre raza. No importando cual respuesta usted seleccionó arriba, continúe y responda la siguiente pregunta marcando una o más casillas indicando la raza que usted considera el estudiante ser.

Parte B. ¿Cuál es la raza del estudiante? Elija una o más

- Indio Americano o Nativo de Alaska** (Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de América del Norte y del Sur, incluyendo América Central, y que mantiene afiliación tribal o vínculos en la comunidad.)
- Asiático** (Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, el sudeste asiático o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam .)
- Negro o Afro-Americano** (Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.)
- Nativo de Hawái u Otras Islas del Pacífico** (Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawái, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico.)
- Blanco** (Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, el Medio Oriente o África del Norte.)

Nota: Los datos recopilados en este formulario deberán ser conservados por el Distrito durante tres años. Sin embargo, cuando hay litigio, reclamación, alguna auditoría u otra acción relacionada con este registro, las respuestas originales deberán conservarse hasta la finalización de la acción.



NORTH CHICAGO COMMUNITY UNIT SCHOOL DISTRICT 187

2000 Lewis Avenue • North Chicago, Illinois 60064

Phone: 847.689.8150 • Fax: 847.689.6328

2016-2017 PAGO DE CUOTAS DE INSCRIPCIÓN

Para pagar sus honorarios a un precio reducido, se recomienda que todos los pagos de inscripción se hagan durante la inscripción temprana. Por favor comuníquese con la oficina principal de la escuela de su hijo/hija para obtener información sobre las fechas y horarios de inscripción. A continuación se presenta una tabla, según el grado, de las cuotas para estudiantes que se inscriben en las escuelas de la Unidad Comunitaria del Distrito Escolar 187 de North Chicago. Aquellas familias que necesitan solicitar una exención de cuotas deben comunicarse con la secretaria de la escuela. Todas las exenciones de cuotas son revisadas y aprobadas/desaprobadas por la oficina del Distrito Escolar.

ESCUELA PRIMARIA GRADOS K – 5

Cuotas de Inscripción Temprana Hasta el 6 de junio del 2016		Cuotas de Inscripción Después del 6 de junio del 2016	
Kínder Solamente	\$45.00	Kínder Solamente	\$65.00
Grados Primarios 1-5	\$55.00	Grados Primarios 1-5	\$75.00
		Cuota de Inscripción Tarde (Después del primer día de clases)	\$95.00
Exención de Pago Parcial	Cubre 50% del Pago	Exención de Pago Parcial	Cubre 50% del Pago
Exención de Pago Total	Cubre 100% del Pago	Exención de Pago Total	Cubre 100% del Pago
Pago de Cuotas de Inscripción incluye: Libros y Materiales Educativos			

ESCUELA SECUNDARIA GRADOS 6 – 8

Cuotas de Inscripción Temprana Hasta el 6 de junio del 2016		Cuotas de Inscripción Después del 6 de junio del 2016	
Escuela Secundaria Grados 6-8	\$70.00	Escuela Secundaria Grados 6-8	\$90.00
		Cuota de Inscripción Tarde (Después del primer día de clases)	\$110.00
Exención de Pago Parcial	Cubre 50% del Pago	Exención de Pago Parcial	Cubre 50% del Pago
Exención de Pago Total	Cubre 100% del Pago	Exención de Pago Total	Cubre 100% del Pago
Pago de Cuotas incluye: Libros ID del Estudiante, Periódico del Estudiante, Manual y (1) Mechón (Candado)			

ESCUELA PREPARATORIA GRADOS 9 – 12

Cuotas Misceláneas		Cuotas de Inscripción	
Anuario/CD	Varía	Cuotas de Inscripción Temprana hasta el 5 de junio del 2016	\$115.00
Mechón de Gimnasio	\$5.00	Cuota de Inscripción después del 5 de junio del 2016	\$135.00
Camiseta para Gimnasio	\$5.00	Cuota de Inscripción Tarde (Después del primer día de clases)	\$155.00
Pantalones Cortos de Gimnasio	\$10.00	Exención de Pago Parcial	Cubre 50% del Pago
Reemplazo de Libros	Varía	Exención de Pago Total	Cubre 100% del Pago
Pago de Cuotas incluye: Libros ID del Estudiante, Periódico del Estudiante, Manual y (1) Mechón (Candado)			

****Por favor comuníquese con la oficina principal de la escuela de su hijo/hija si necesita ayuda adicional con el pago de cuotas****



TRANSPORTATION ENROLLMENT FORM
FORMULARIO PARA TRANSPORTACIÓN

Date/ Día: _____

PLEASE PRINT / USE LETRA DE MOLDE

Directions: Please complete this form if you qualify for transportation services. *Please only one (1) form per student.* Instrucciones: Complete este formulario si cumples los requisitos para servicios de transporte. *Por favor, solo un formulario por estudiante.*

TO BE COMPLETED BY THE PARENT / COMPLETADO POR LOS PADRES

Student's Name: Last, First/ Nombre del alumno: apellido, primer _____ / _____
 Date of Birth / Fecha de nacimiento _____ / _____
 School/escuela _____ Grade/ grado _____

Home Address: Street, City, Zip / Domicilio: Calle, ciudad, código postal _____
 Email / Correo electrónico _____

Home phone# / # de casa _____ Cell phone # / # de celular _____
 Work # / # del trabajo _____ Extension _____

YOUR HOME ADDRESS / CHILD CARE LOCATION WILL BE USED FOR TRANSPORTATION SERVICES.
SOLO LA DIRECCION DE SU CASA o LA GUARDERIASERAN UTILIZADA PARA LOS SERVICIOS DE TRANSPORTE.

Is the student to be picked up from Home? Yes/Si No _____

¿Su estudiante sera recogido desde su casa? _____
 Alternate Address, Care-giver's name, address & phone number
 Dirección alternativa, nombre, dirección y número de teléfono de la persona responsable de recibir al niño(a)

Is the student to be dropped off at Home? Yes/Si No _____

¿Su estudiante se entregará en su casa? _____
 Alternate Address, Care-giver's name, address & phone number
 Dirección alternativa, nombre, dirección y número de teléfono de la persona responsable de recibir al niño(a)

Military Personnel/Personal Militar: Yes/Si No _____
 Name of Military Housing Complex / Nombre del complejo de viviendas militares _____

NOTE: If Transportation is written into your child's IEP or 504 plan, transportation will be set up through the Special Education Office. You do not have to fill out a transportation request. If transportation is not in your child's IEP or 504 plan you will need to apply for regular transportation. Please call 847-689-6333 if you have questions. / Si la transportación es parte del IEP de su hijo o el plan 504, la transportación se establecerá a través de la Oficina de Educación Especial. No tiene que llenar una solicitud de transporte. Si la transportación no está dictada en el plan IEP o 504 de su hijo deben solicitar para transporte regular. Para preguntas para saber si califica su hijo llame al 847-689-6333.

HECK ONE / MARQUE UNO SOLAMENTE:

Print Parent's Name/ Imprima nombre de padre _____ Parent/Guardian Signature Firma de los padres/tutores _____

ROOF OF ADDRESS VERIFIED YES NO OTHER REASON: _____

Qualifies for McKinney-Vento YES NO IN DISTRICT OUT OF DISTRICT

Qualifying City: _____
 SIGNATURE/ FIRMA: _____ TITLE: _____



Dear Parent / Estimados padres:

Transporting children is a great responsibility and we need the cooperation of parents, teachers, and children to insure the utmost safety for your child. El transporte de los niños es una gran responsabilidad y necesitamos la cooperación de los padres, maestro, y niños para asegurar la máxima seguridad para su hijo.

It is not mandatory that we transport your child. Therefore, it is necessary for your child **to abide by the rules or secure other means of transportation.** No es obligatorio que transportemos a su hijo. Por lo tanto, es necesario que su niño **pueda acatar las normas o seguro de otros medios de transporte.**

In order to make sure that you have discussed these rules with your child, please place your signature at the bottom of this bulletin and return it in 2 business days. Para asegurarnos de que han examinado estas reglas con su hijo, su firma en la parte inferior de este boletín es necesaria y por favor regrese este boletín dentro de 2 días laborales.

1. Be on time at the designated school bus stop. Ser puntual en la parada del autobús escolar designado a su hijo.
2. Stay off the road at all times while waiting for your bus. Manténgase fuera de la carretera en todo momento mientras espera el autobús.
3. Wait until the bus comes to a **complete stop** before attempting to enter the bus. Espere hasta que el autobús se **detenga por completo** antes de intentar subirse al autobús.
4. Keep hands and head inside the bus at all times. Mantener las manos y la cabeza dentro del bus en todo momento.
5. Assist in keeping the bus safe and clean at all times. Ayudar en el mantenimiento de que los autobuses seguro y limpio en todo momento.
6. Remember that loud talking and laughing or unnecessary confusion diverts the driver's attention and may result in a serious accident. Recuérdale a su hijo que hablar en voz alta y riendo o confusión innecesaria distrae la atención del conductor y puede resultar en un grave accidente.
7. **Never tamper** with the bus or any of its equipment. **Nunca adúltere** el equipo del autobús.
8. Leave no books, lunches or other articles on the bus. No deje libros, almuerzos o demás artículos en el autobús.
9. Keep books, packages, coats and all other objects out of the aisles. Mantenga sus libros, paquetes, abrigos y todos los demás objetos fuera de los pasillos.
10. Do not leave your seat while the bus is in motion. No deje su asiento mientras el autobús está en movimiento.
11. In case of a road emergency, remain in the bus until instructions are given by the driver. En caso de una emergencia vial, permanezca en el autobús hasta que el conductor les de instrucciones.
12. When approaching a **railroad crossing**, stop and be absolutely quiet. Al acercarse a las vías de ferrocarril, detenerse y mantenga absoluto silencio.
13. Be on alert for a danger signal from the driver. Estar alertos a una señal de peligro del conductor.
14. The bus driver is **not permitted** to stop at places other than the regular bus stop. El conductor no está permitido detenerse en otros lugares distintos que no sean paradas autorizadas (paradas regulares).
15. Observe the same rules and regulations on all trips under school sponsorship. Observar las mismas reglas y reglamentos sobre todos los viajes bajo el patrocinio de la escuela.
16. Children serving detentions **are not furnished late bus transportation.** Transportation is to be furnished by the parents. Los niños cumpliendo detenciones después de salida, **NO SE PROVEERÁ TRANSPORTACIÓN.** Los padres son responsables de proporcionar transporte a su hijo.

RETURN TO DEPARTMENT OF TRANSPORTATION / DEVOLVER AL DEPARTAMENTO DE TRANSPORTACION

I have read the above policies and will cooperate with the school. I understand that my child may lose his transportation privileges for any violation of any of the above rules. I also understand the principal shall maintain sole authority for bus suspensions. He leído las reglas anteriores y cooperare con la escuela. Entiendo que mi hijo puede perder su privilegio de transporte para cualquier infracción de conducta. También entiendo que el principal deberá mantener la única autoridad para suspensiones de autobús.

 (Student Signature / firma del estudiante)

 (Signature of Parent / firma del padre)

 Date / fecha