



NORTH CHICAGO COMMUNITY UNIT SCHOOL DISTRICT
187

2000 Lewis Avenue • North Chicago, Illinois 60064
Phone: 847.689.8150 • Fax: 847.689.6328

INSCRIPCIÓN DE ALUMNOS QUE PERMANECERÁN EN EL DISTRITO

31 de enero de 2017

Estimados padres y tutores:

Adjunto encontrarán el **Paquete de Inscripción para los estudiantes que se quedarán en el Distrito** para el año escolar 2017 – 2018. Animamos a las familias a completar y devolver este paquete a la oficina principal de su escuela inmediatamente. Por favor, vea el horario de inscripción más abajo.

- Hoja de Comprobantes de Domicilio
- Hoja pre-impresa con la información del alumno (haga las correcciones necesarias)
- Formulario de Información Médica y de Contactos de Emergencia del Alumno
- Autorización para el uso de los Medios de Comunicación 2017 - 18
- Hoja del Directorio de los Estudiantes
- Hoja de Datos de Raza
- Hoja de Cuotas/Tarifas
- Hoja de Transporte

Información Nueva para Todas las Familias: Todos los estudiantes que desean tomar parte en cualquier actividad escolar durante el periodo de las vacaciones de verano **DEBEN** estar inscritos en la escuela **ANTES** de que se les permita asistir, participar o ingresar a la actividad de verano.

Se requiere verificar el domicilio cada año (el padre/tutor debe presentar una identificación con foto válida):

- Los propietarios de casa pueden presentar una copia de su pago de hipoteca más reciente, la escritura o una factura de impuestos pagados junto con 1 comprobante de domicilio adicional. Las familias militares pueden presentar su contrato de arrendamiento junto con 1 comprobante de domicilio adicional.
- Las familias que rentan deben proporcionar su contrato de arrendamiento actual, así como también 2 formas válidas de domicilio adicionales.

Horario de Inscripción para Todas las Escuelas:

- Horario: 9:00 AM - 1:00 PM los días de clase regulares. Anunciaremos los eventos especiales de inscripción.

Información de Inscripción de Estudiantes en el Verano – Las familias que no completen las inscripciones para el **14 de junio de 2017**, tendrán que ir a la Oficina de Registro del Distrito localizada en North Chicago Community High School (la preparatoria) para completar las inscripciones. La Oficina de Registro del Distrito estará abierta del **21 de junio de 2017**, al **28 julio de 2017**, de **8:00 A.M. - 2:00 P.M.** En el verano, las inscripciones se llevarán a cabo solo por cita previa para los alumnos actuales del Distrito 187.

Los alumnos que permanecerán en el distrito deben tener **todos los requisitos de inscripción completados para el 14 de junio de 2017**, para asegurar la designación de escuela, la ubicación de clases y el transporte, si cumple con los requisitos de transportación.

Si usted actualmente vive en un lugar donde usted no es el propietario o el inquilino, la persona con quien usted reside necesitará ir a la escuela con usted y llevar su identificación con foto y documentos de domicilio. Se requiere que ellos completen una Declaración Jurada de Domicilio en ese momento. Si tiene preguntas acerca del proceso de inscripción, favor de ponerse en contacto con la escuela de su hijo(a) para obtener información adicional.

Estudiantes que Desean Traslarse (transfer):

Si su alumno no estará asistiendo al Distrito Escolar 187 de la Comunidad de North Chicago para el año escolar 2017-2018, por favor complete El Formulario Oficial de Petición de Traslado para el Fin del Año Escolar **en lugar** del Paquete de Inscripción adjunto para los Alumnos que Permanecerán en el Distrito. Este formulario está disponible en la oficina principal de la escuela de su hijo(a).

Sinceramente,

Dr. Ben Martindale
Director Ejecutivo de Educación



LISTA DE VERIFICACION DE PRUEBA DE DOMICILIO

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

****SECCION I: Propietarios de Viviendas Solamente****

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

***** 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/All Kids
- Tarjeta de Registro de Votar

****SECCION II: Debe presentar pruebas de domicilio en persona en Agosto****
Los inquilinos y aquellos que requieren una declaración jurada deben presentar prueba de domicilio en persona en agosto. Por favor, vea la SECCION II.

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/All Kids
- 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: _____ GRADO: _____

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

DIRECCION: _____ APT/UNIT: _____ CIUDAD/CODIGO POSTAL: _____

ESCUELA ANTERIOR: _____ NINO ADOPTIVO: SI NO GENERO: FEMALE MALE

TUTELA DEL ESTADO: SI NO ORIGEN ETNIA: BLANCO NEGRO HISPANO MULTI-RACIAL ASIATICO/DE LAS ISLAS PACIFICAS INDIANO 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 CONTACTO DE EMERGENCIA:

RELACION	APELLIDO	NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO
1.				
2.				
3.				

En caso de una emergencia mi hijo deberia 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	DIRECCION	TELEFONO
1.				
2.				
3.				

CONTACTO PRIMARIA CORREO ELECTRONICO:

Estudiante vive con (Marque los que aplican) Madre Padre Madrasta Padrastro Abuelos Guardian Other

Nos da usted permiso de compartir estos de telefono 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 las 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 intent inscribirse en la escuela de un distrito, de forma gratuita la matrícula, el alumno conoce a esa persona a se un non-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



2017-2018 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? Sí No
- ¿Su hijo/hija tiene una condición cardiaca? Sí No
- ¿Su hijo/hija tiene la presión alta? Sí No
- ¿A su hijo/hija le dan ataques? Sí No
- ¿Sufre su hijo/hija de alergias por la estación? Sí No
- ¿A su hijo/hija le sangra la nariz frecuentemente? Sí No
- ¿Su hijo/hija sufre de dolores de cabeza frecuentemente? Sí No
- ¿Su hijo/hija usa frenos en los dientes? Sí No
- ¿Su hijo/hija usa audífono para ayudarlo/a a escuchar? Sí No
- ¿Su hijo/hija es alérgico a picaduras de abeja? Sí No
- ¿Usa un Epi-pen por si le pica una abeja? Sí No
- ¿Su hijo/hija es alérgico a alguna comida? Sí No
- ¿Su hijo/hija tiene la enfermedad Sickle Cell? Sí No
- ¿Su hijo/hija tiene la enfermedad Traits Disease? Sí 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



2017-2018 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 1 de Junio 2018



2017-2018

**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

Este formulario se vence el 1^{ro} de Junio del 2018



NORTH CHICAGO COMMUNITY UNIT SCHOOL DISTRICT 187

Office of District Registrar

1717 Seventeenth Street • North Chicago, Illinois 60064

Phone: 847.689.6333 • Fax: 224.419.6485

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

Office of District Registrar

1717 Seventeenth Street North Chicago, Illinois 60064

Phone: 847-689-6333 Fax: 224-419-6485

SOLICITUD DE INFORMACION FAMILIAR SOBRE TECNOLOGIA

El Distrito Escolar de la Unidad Comunitaria de North Chicago #187, ha comenzado a utilizar varios métodos tecnológicos para mantener una comunicación abierta con nuestras familias. Por favor complete este formulario hoy para estar al tanto de todos los eventos que se llevan acabo en el Distrito #187. También, podremos informarle de eventos como cierres de escuelas en caso de emergencia por correo electrónico, llamadas telefónicas y mensajes de texto. En enero comenzará el Registro Temprano. Cuando su dirección de correo electrónico esté en el archivo, se le enviarán por correo electrónico las formas de registracion, y asi podrá completar el proceso de una manera más eficiente.

Nombre: _____ Escuela: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Grado: _____

Dirreccion: _____

Padre/Tutor #1: _____ Padre/Tutor #2: _____

Telefono de Dia: (____) _____ - _____ Telefono de Trabajo: (____) _____ - _____

Telefono de Casa (____) _____ - _____

Numero para mensajes de Texto: (____) _____ - _____

Dirreccion de correo electrónico: _____

Favor de indicar si tiene mas de 1 estudiante en el Distrito: SI NO

Si puso que Si:

Nombre: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Nombre: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Nombre: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Nombre: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Nombre: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Nombre: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Nombre: _____ Grado: _____ Escuela: _____



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 cumple 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 GUARDERIA SERAN 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 _____

TRANSPORTATION POLICY: Please see your Parent/Student Handbook 2016-2017, pg. 39. Licensed Daycare addresses will be verified.
POLÍTICA DE TRANSPORTACIÓN: Consulte su Manual de Padres y Estudiantes 2016-2017, pág. 39. Las direcciones de guarderías certificadas serán verificadas.

CHECK ONE / MARQUE UNO SOLAMENTE:

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

PROOF 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 within 2 business days. **Para asegurarnos de que han examinado estas reglas con su hijo, su firma en la parte inferior de este boletín es requerida 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 adultere 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 in 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 infraction 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



NORTH CHICAGO COMMUNITY UNIT SCHOOL DISTRICT 187 OFFICE OF DISTRICT REGISTRAR RECEIPT

1717 Seventeenth Street - North Chicago, Illinois 60064 Phone: 847.689.6333 - Fax: 224.419.6485

Nombre : _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado 20 ____ SY: ____

Padre//Tutor: _____ Direccion: _____

Telefono: _____ Escuela Asignada 20 ____ SY: _____

- Examen Fisico Vacunas Exam de Vista Examen Dental Fisico para Deportes
- Identificacion Paquete de Registracion Comprobante de Domicilio Forma para Transportacion
- Cuota de Registracion Exencion de Cuota Otro: _____

Este recibo sirve como verificacion de que los documentos mencionados arriba han sido entregados al personal de la escuela. Esto no verifica que los documentos presentados cumplan con todos los requisitos de la escuela ni que esto complete el proceso de registro.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma de Personal: _____ Fecha: _____



NORTH CHICAGO COMMUNITY UNIT SCHOOL DISTRICT 187 OFFICE OF DISTRICT REGISTRAR RECEIPT

1717 Seventeenth Street - North Chicago, Illinois 60064 Phone: 847.689.6333 - Fax: 224.419.6485

Nombre : _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado20 ____ SY: ____

Padre//Tutor: _____ Direccion: _____

Telefono: _____ Escuela Asignada 20 ____ SY: _____

- Examen Fisico Vacunas Exam de Vista Examen Dental Fisico para Deportes
- Identificacion Paquete de Registracion Comprobante de Domicilio Forma para Transportacion
- Cuota de Registracion Exencion de Cuota Otro: _____

Este recibo sirve como verificacion de que los documentos mencionados arriba han sido entregados al personal de la escuela. Esto no verifica que los documentos presentados cumplan con todos los requisitos de la escuela ni que esto complete el proceso de registro.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma de Personal: _____ Fecha: _____



2017-2018 PAGO DE CUOTAS DE INSCRIPCIÓN

Para pagar sus cuotas 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 7 de junio del 2017		Cuotas de Inscripción Después del 7 de junio del 2017	
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
Pago de Cuotas de Inscripción incluye: Libros y Materiales Educativos			

ESCUELA SECUNDARIA GRADOS 6 – 8

Cuotas de Inscripción Temprana Hasta el 7 de junio del 2017		Cuotas de Inscripción Después del 7 de junio del 2017	
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
Pago de Cuotas incluye: Libros y (1) ID del Estudiante			

ESCUELA PREPARATORIA GRADOS 9 – 12

Cuotas Misceláneas		Cuotas de Inscripción	
Libro Annual/CD	Varía	Cuotas de Inscripción Temprana hasta el 7 de Junio del 2017	\$115.00
Candado de Gimnasio	\$5.00	Cuota de Inscripción después del 7 de Junio del 2017	\$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		
Reemplazo de Libros	Varía		
Pago de Cuotas incluye: Libros, (1) ID del Estudiante, y (1) Candado			

*****Nota*****

Todas las cuotas de inscripción incluyen (1) una identificación permanente del estudiante y (1) un candado (donde sea aplicable). Las identificaciones permanentes de reemplazo adicionales son \$5.00 cada una. Todas las identificaciones temporales son de \$2.00 cada una. Las identificaciones temporales pueden acumularse y se agregan a la cuenta de cada estudiante. Los estudiantes sin su identificación permanente recibirán una temporal diario de \$ 2.00 sin la notificación del padre / guardián hasta que se compre una identificación permanente.



NORTH CHICAGO UNIDAD COMUNITARIA DISTRITO ESCOLAR 187

2000 Lewis Avenue * North Chicago, Illinois 60064

Teléfono: 847-689-8150 Fax: 800-317-9785

Dra. Afina Lockhart, Superintendente Auxiliar de Servicios para Alumnos

Sra. Kim Baumann, Enfermera de la Escuela del Distrito

Requisitos de salud del estudiante

Estimado (s) padre (s) de la Unidad Comunitaria de North Chicago Unidad (es) del Distrito Escolar:

Gracias por preinscribir a su hijo con el distrito 187. A medida que se acerca el nuevo año escolar, hay requisitos de salud del estado de Illinois que cada estudiante debe completar antes del primer día de escuela. Encontrará todos los documentos requeridos en el paquete de inscripción de su hijo.

Para cumplir con el Código Escolar de Illinois, Sección 27-8 y las reglas y regulaciones aplicables del Departamento de Salud Pública de Illinois, es **OBLIGATORIO** que todos los estudiantes entrantes tengan los requisitos de salud estatales requeridos como se enumeran a continuación. Si los documentos no son recibidos el 15 de agosto de 2017 en la oficina de salud de su escuela y verificados, su hijo no podrá asistir el primer día de escuela. Todos los estudiantes serán enviados a casa si los documentos requeridos no son enviados.

Su hijo necesitará:

★ El examen físico

- De la primera infancia / Pre-K; Jardín de infancia; 1er grado (si se arranca por primera vez); 6to grado; 9 ° grado
- Necesidad de incluir el examen de diabetes y el cuestionario de riesgo de plomo cumplimentado por el médico
- No se acepta un DEPORTE físico como

★ Cumple con el requisito de vacunación estatal de Illinois en el estado de Illinois

- Una dosis de la vacuna de refuerzo Tdap para el sexto grado
- Una dosis de la vacuna meningocócica (MCV4) en o después del 10 cumpleaños - para el sexto grado
- Completó 3 dosis de la serie de vacunas contra la hepatitis B para el sexto grado
- Vacuna meningocócica (MCV4) para el 12º grado

Los padres o tutores legales que se oponen, por razones religiosas, a vacunas / exámenes de salud para su hijo, deben tener un *Certificado de Exención Religiosa* firmado por un proveedor de atención médica y presentado a la oficina de salud escolar antes del comienzo de la escuela.

Las siguientes clínicas están disponibles para estos servicios:

▶ Departamento de Salud del Condado de Lake
▶ 847-984-5200

▶ Intervention Arms Medical Center
▶ Oficina de North Chicago 847-785-0611
▶ Oficina de Waukegan 847-599-7299

▶ Erie HealthReach Waukegan Centro de Salud
▶ 312-666-3494

Si tiene alguna pregunta con respecto a los requisitos de salud de su hijo, comuníquese con la oficina de salud de su escuela.

¡Gracias por su cooperación para mantener a nuestros estudiantes saludables!



NORTH CHICAGO COMUNIDAD UNIDAD DE DISTRITO ESCOLAR 187
1717 17th St., North Chicago, IL, 60064

SERVICIOS DE SALUD: 847-505-7245 FAX: 800-317-9785

Para: Los padres / tutores

Re: Administración de Medicamentos en la escuela

Los padres / tutores tienen la responsabilidad principal de la administración de medicamentos a sus hijos. Sólo aquellos medicamentos necesarios para mantener un estudiante en la escuela y lo que se debe dar durante las horas escolares o actividades escolares pueden administrar a un estudiante. La administración de medicamentos a los estudiantes está sujeta a las directrices establecidas por el Superintendente / Director o su designado, de acuerdo con la recomendación agencia estatal (por ejemplo, Illinois Departamento de Regulación Profesional, Departamento de Salud Pública de Illinois, y del Estado de Illinois Board of Education). **Los medicamentos recetados y over-the-counter órdenes de medicamentos debe ser renovado anualmente.**

1. **Formulario de autorización de medicación**—no personal escolar administra a todos los estudiantes, ni presentará ninguna estudiante o consumir *cualquier prescripción o sin* medicamentos receta, excepto después de la presentación de un formulario de Autorización de Medicamentos completado. La presente autorización y los posteriores cambios deberán incluir:
 - a. médico, asistente médico o enfermera practicante avanzada receta escrita con el nombre del niño, nombre del medicamento, dosis y fecha de la orden;
 - b. instrucciones de administración (vía, tiempo o intervalos, duración de la prescripción);
 - c. los efectos deseados y posibles efectos secundarios efectos;
 - d. números padre / tutor firma y la emergencia del teléfono.

La enfermera de la escuela / healthaide revisará la autorización por escrito y consultará con el padre / tutor, prescriptor autorizado , o farmacéutico para obtener información adicional cuando sea necesario.

2. **Un envase adecuado**—Los medicamentos y las recargas deben ser proporcionado en contenedores que están etiquetados con receta en una farmacia (Rx para mostrar el número , nombre del estudiante , la dosis del medicamento , las direcciones de la administración , la fecha y horario de rellenar , etiqueta de la farmacia) o por la no prescripción excesiva de venta libre los medicamentos deben ser nuevos y en su envase original / caja sellada).
3. **Auto-administración**— Un estudiante puede automedicarse en la escuela si así lo ordena su médico . Sin embargo , el medicamento debe ser almacenado en la oficina de salud y una forma de Autorización de Medicamentos completado está en el archivo . Por " según sea necesario " medicamentos como las tomadas por los estudiantes con asma o alergias, el médico puede también ordenar que el estudiante lleve el medicamento en su persona . privilegios de auto-administración puede ser retirada si el estudiante exhibe comportamiento, lo que indica la falta de responsabilidad hacia sí mismo oa otros en lo que respecta a su medicación.
4. **De almacenamiento y mantenimiento de registros**—Medicamentos serán almacenados en un armario cerrado con llave . Aquellos que requieren refrigeración estará en un área segura . Cada dosis se grabará en el registro de salud individual del estudiante . Para ayudar en la supervisión segura de los efectos secundarios y / o efectos previstos del tratamiento con medicamentos , profesores y personal pueden ser informados sobre el plan de medicación.
5. **Documentación, modificaciones, renovaciones y otras responsabilidades**—para facilitar la documentación necesaria , las órdenes del médico , cualquier cambio en las órdenes , y los permisos parentales pueden ser enviadas por fax al : 800-317-9785 . Es responsabilidad de los padres / tutores para asegurar todas las órdenes médicas y permisos es presentada a la escuela y recargas previstas cuando sea necesario e informar a la enfermera de la escuela / healthaide de cualquier cambio significativo en la salud del estudiante . El medicamento debe ser llevado a la enfermería de la escuela por el padre / tutor solamente , sin excepciones. Al final del año escolar , todos los medicamentos deben
6. ser recogidos por el padre / tutor antes de que el último día de clases . Se descartaran cualquier medicamento que quedan.



NORTH CHICAGO COMUNIDAD UNIDAD DE DISTRITO ESCOLAR 187
 2000 Lewis Ave, North Chicago, IL, 60064
FORMA DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS
 Servicios de Salud Fax: 800-317-9785

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ ID #: _____

Aspectos destacados de regulación (Ver formulario adjunto)

- Forma médica es necesaria para todos los medicamentos de venta libre y Rx.
- El médico debe rellenar el formulario para todos OTC y medicamentos recetados.
- Todo medicamento debe ser proporcionado en una botella de la farmacia o marca etiquetada con el nombre del estudiante, la dosis y el tiempo.
- Medicamento sin usar debe ser recogido; cualquier izquierda al final del año será descartado.
- Órdenes del médico y autorización de los padres debe ser renovado anualmente para todos los medicamentos de prescripción o de venta libre.

Orden del Médico
(Todos los medicamentos necesitan una orden del médico)

Medicamentos _____ Dosificación _____

Tiempo que se dará / Instrucciones _____ Ruta _____ Fecha de inicio _____

Diagnóstico / Motivo de la medicación _____

Los posibles efectos secundarios _____

Medicamentos (2) _____ Dosificación _____

Tiempo que se dará / Instrucciones de _____ Ruta _____ Fecha de inicio _____

Diagnóstico / Motivo de la medicación _____

Los posibles efectos secundarios _____

ASMA O MEDICACIÓN DE ALERGIA SÓLO - por ejemplo, Inbator, EpiPen	
1. El estudiante puede llevar medicamentos en su persona:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. El estudiante puede administrarse la medicación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<small>(Se recomienda que el medicamento "de reserva" se almacene en la oficina de salud también.)</small>	
Instrucciones para la autoadministración: _____	

Nombre del médico (Imprimir) _____

Dirección o sello de oficina _____

Firma del médico _____

Fecha _____ Teléfono _____

Autorización de los padres

Autorizo Distrito Escolar Comunitario del Norte de Chicago 187 empleados para administrar / supervisar el medicamento descrito anteriormente a mi niño de acuerdo con las regulaciones del Distrito Escolar que se rige la Administración de Medicamentos en la Escuela (formulario adjunto). Estoy de acuerdo en indemnizar y mantener indemne NCCUSD, su Junta de Educación y los miembros de la Junta, funcionarios, empleados y voluntarios de cualquier reclamo, responsabilidad, pérdida o gasto, incluyendo los honorarios razonables de abogados, sufridos por cualquiera de las indemnizaciones anteriores, en concepto de una reclamación relacionada directa o indirectamente con la autoadministración de mi hijo / hija de la medicación ha hecho referencia anteriormente de y llevado por mí, cualquier otro padre o tutor de mi hijo u otro estudiante, o por o en nombre de mi hijo u otro estudiante. Entendemos que el NCCUSD y los individuos anteriores son para incurrir en ninguna responsabilidad como resultado de cualquier lesión derivada de la auto-administración de medicamentos, siempre que, no obstante, esta indemnización y mantener el compromiso inofensivos, no se aplica a la conducta dolosa o sin sentido de la indemnizaciones anteriores.

Padre / Guardián firma _____ Fecha: _____

Número de teléfono de emergencia: Madre /Guardián: _____ Padre / Guardián: _____

Firma de la Escuela de enfermería _____ Fecha de la firma: _____