

**JOHN R. LANGTON,**  
**Superintendent**  
**Administration Center**  
222 N. Kennedy Drive  
Addison, IL 60101  
(630) 458-2500  
Fax (630) 628-8829



**Addison 4**  
**School District**  
ADDISON | ILLINOIS | SINCE 1842  
*Excellence 4 ALL*

**Addison Early Learning Center**  
650 S. Ardmore Ave.  
Addison, IL 60101  
(630) 458-3095  
Fax (630) 834-0905

**Ardmore School**  
644 S. Ardmore Ave.  
Addison, IL 60101  
(630) 458-2900  
Fax (630) 833-3572

**Army Trail School**  
346 Army Trail Blvd.  
Addison, IL 60101  
(630) 458-2502  
Fax (630) 628-2516

**Fullerton School**  
400 S. Michigan Ave.  
Addison, IL 60101  
(630) 458-2950  
Fax (630) 833-3949

**Indian Trail Jr. High**  
222 N. Kennedy Dr.  
Addison, IL 60101  
(630) 458-2600  
Fax (630) 628-2841

**Lake Park School**  
330 W. Lake Park Dr.  
Addison, IL 60101  
(630) 458-3010  
Fax (630) 628-2526

**Lincoln School**  
720 N. Lincoln Ave.  
Addison, IL 60101  
(630) 458-3040  
Fax (630) 628-2524

**Stone School**  
1404 W. Stone Ave.  
Addison, IL 60101  
(630) 628-4020  
Fax (630) 628-2546

**Wesley School**  
1111 W. Westwood Tr.  
Addison, IL 60101  
(630) 628-4060  
Fax (630) 628-2536

2019-2020

Estimados Padres y Guardianes:

Todos los estudiantes en los grados 1-8 recibirán una computadora portátil personal emitida por el distrito el próximo año escolar solo para uso educativo. Esto ayudará que los estudiantes sean más proficientes en el uso de tecnología, lo cual es una habilidad necesaria para estar listo para el colegio y la carrera. Los estudiantes con herramientas modernas de aprendizaje pueden resolver problemas en modos innovadores y están mejor preparados para la preparatoria, la universidad, y una carrera.

Les pedimos a los padres, guardianes, y estudiantes que sigan los requerimientos que son parte de este programa. Por favor tome un momento para cuidadosamente revisar lo siguiente:

- Se le cargará a cada estudiante una cuota requerida de tecnología no renunciante de \$40. La cuota es aplicada para asegurar cualquier daño accidental del Chromebook. El costo se aumentará si hay más de un accidente.
  - **Daño Accidental/Cuota de Deducible**
    - *1<sup>st</sup> Ocurrencia-* No cargo
    - *2<sup>nd</sup> Ocurrencia-* \$50
    - *3<sup>rd</sup> Ocurrencia-* \$100
    - *4<sup>th</sup> y ocurrencias adicionales-* \$150
  - **Costo de artículos perdidos**
    - *El Estuche-* \$30
    - *El cargadores-* \$30
    - *El correa-* \$15
    - *Una computadora perdida-* \$300
    - *Auriculares-*\$15
- Los estudiantes van a participar en una Academia de cuidado de computadoras antes de recibir la computadora. La academia requiere que los estudiantes aprendan a cuidar su computadora y participar en lecciones de ciudadanía digital.
- Se espera que los estudiantes lleven sus computadoras a casa cada noche para cargarlas y regresar con ella el día siguiente. Los cargadores se deben quedar en casa.
- Los estudiantes y las familias deben respetar todas las normas y reglamentos enumeradas en La Póliza de Uso Aceptable. Las computadoras tendrán un filtro para monitorear dentro y afuera de la escuela todo el tiempo.

Si tiene preguntas adicionales, por favor contacte su maestro, director, o Kim Lohse, Directora de Tecnología Educativa e Informativa al [klohse@asd4.org](mailto:klohse@asd4.org).

Sinceramente,

Kim Lohse  
*Directora de Tecnología Educativa e Informativa*

**A los padres/guardianes se les pide que revisen las guías. Contacte el director con cualquier pregunta.  
Por favor firme y regrese al maestro de su hijo/a.**

Les pedimos a los padres, guardianes, y estudiantes que sigan los requerimientos que son parte de este programa. Por favor tome un momento para cuidadosamente revisar lo siguiente:

- Se le cargará a cada estudiante una cuota requerida de tecnología no renunciable de \$40. La cuota es aplicada para asegurar cualquier daño accidental del Chromebook. El costo se aumentará si hay más de un accidente.
- **Daño Accidental/Cuota de Deducible**
  - *1<sup>st</sup> Ocurrencia* - No cuota
  - *2<sup>nd</sup> Ocurrencia* - \$50
  - *3<sup>rd</sup> Ocurrencia* - \$100
  - *4<sup>th</sup> y ocurrencias adicionales* - \$150
- **Costo de artículos perdidos**
  - El cubiertos - \$30
  - El cargador - \$30
  - El correa- \$15
  - La computadora perdida - \$300
- Los estudiantes van a participar en una Academia de Cuidado de Computadoras antes de recibir la computadora. La Academia requiere que los estudiantes aprenden a cuidar su computadora y que participen en lecciones para ciudadanía digital.
- Se espera que los estudiantes lleven sus computadoras a casa cada noche para cargarlas y regresar con ella el siguiente día escolar. Los cargadores se deben quedar en casa.
- El distrito proveerá un cubierto para llevar su computadora a, de, y alrededor de la escuela. Los estudiantes deben usar este cubierto y no deben usar otro.
- Los estudiantes y familias deben respetar todas las normas y reglamentos enumeradas en La Póliza de Uso Aceptable. Las computadoras tendrán un filtro para monitorear dentro y afuera de la escuela todo el tiempo.

Por favor firme y regrese este documento a su maestro que indica que ha leído y entendido las Guías de Tecnología Estudiantil y Cuotas.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre

\_\_\_\_\_  
Firma de Estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

# 2019-20 INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Por favor en letra de imprenta



**Addison** **4**  
School District  
ADDISON | ILLINOIS | SINCE 1842

FECHA: \_\_\_\_\_

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellido Primero Segundo Nombre

Niño \_\_\_\_\_ Niña \_\_\_\_\_ Grado (2019-20) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Estudiante: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento del Estudiante (Estado o país): \_\_\_\_\_

Padre/guardián Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono de Cell/Trabajo # \_\_\_\_\_  
Correo electrónico primario: \_\_\_\_\_

Padre/guardián Secundario: \_\_\_\_\_ Teléfono de Cell/Trabajo # \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico secundario: \_\_\_\_\_

## Información de Contacto de Emergencia que no sean los padres:

1. \_\_\_\_\_  
Nombre Teléfono # Relación al Estudiante

2. \_\_\_\_\_  
Nombre Teléfono # Relación al Estudiante

- ¿El padre o guardián del niño está en el servicio militar, incluyendo la Guardia Nacional o la Reserva? Sí No
- ¿Está el padre o guardián en el servicio militar o lo estará en este año? Sí No
- ¿Ha regresado un padre o guardián del servicio militar en los últimos seis meses? Sí No
- ¿Tiene usted un Smartphone? Sí No
- ¿Tiene usted servicio de internet en casa? Sí No

Fue su hijo/a al Preescolar antes del Kínder? Sí No Si, a donde: \_\_\_\_\_

## ESCUELAS A LAS QUE HA ASISTIDO EL ESTUDIANTE:

Nombre de Escuela	Dirección - Ciudad, Estado, Código postal	Fecha de Entrada (mes/año)	Fecha de Salida (mes/año)	Grado/ Nivel

## HERMANOS E HERMANAS: (De Mayor a Menor)

Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	Escuela	Grado
	F M			
	F M			
	F M			

PARA USO DE LA ESCUELA:

ID# \_\_\_\_\_

Revision 2/2019



## Estándares nuevos de la raza y origen étnico del departamento federal de educación

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Este formulario tiene que ser completado por los padres o tutores del estudiante, y ambas preguntas requieren respuestas. **La parte A** pregunta sobre el origen étnico del estudiante y **La parte B** pide la raza del estudiante. Si niega contestar cualquiera pregunta, se le requiere al distrito escolar proveer la información por medio de observación.

**Parte A: ¿Es el estudiante de origen hispano, latino o español?** (Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano, centroamericano u otra cultura hispana o española – a pesar de la raza.)

### Escoja sólo una.

- No, no de origen hispano/latino**
- Sí, de origen hispano/latino**

*La pregunta arriba es de origen étnico y no de la raza. Favor de continuar y contestar la pregunta abajo, marcando una caja o más para indicar lo que usted considera la raza del estudiante.*

**Parte B: ¿Cuál es la raza del estudiante? Escoja una o más.**

- India americana o nativa de Alaska** (Una persona que tiene origen de uno de los grupos originales de American del norte o sur, incluyendo Centroamérica, y mantiene afiliación con la tribu o a la comunidad.)
- Asiática** (Una persona que tiene origen de uno de las personas originales del oriente, sudoeste de Asia o india asiática incluyendo por ejemplo: Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las islas filipinas, Tailandia, y Vietnam.)
- Negra o africana americana** (Una persona que tiene origen de uno de los grupos raciales negros de África.)
- Nativa de Hawai u otra isla del pacífico** (Una persona que tiene origen de uno de las personas originales de Hawai, Guam, Samoa, u otra isla del pacífico).
- Blanca** (Una persona que tiene origen de uno de las personas originales de Europa, el media este o el norte de África.)

## ENCUESTA DEL IDIOMA EN EL HOGAR (Spanish)



Date: \_\_\_\_\_

Name Of Student: \_\_\_\_\_

El estado requiere que el distrito colecte una Encuesta del Idioma en el Hogar para cada estudiante nuevo. Esta información se usa para contar a los estudiantes cuyas familias hablan en el hogar un idioma que no es el inglés. También ayuda a identificar a los estudiantes que necesitan ser evaluados para la fluidez en el idioma inglés.

Por favor, conteste las preguntas a continuación y devuelva esta encuesta a la escuela de su niño.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

1. ¿Se habla en su casa otro idioma que no es el inglés?

\_\_\_\_\_ Sí      ¿Cuál? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ No

2. ¿Habla su niño(a) un idioma que no es el inglés?

\_\_\_\_\_ Sí      ¿Cuál? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ No

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas es sí, la ley requiere que la escuela evalúe la fluidez de su niño en el idioma inglés.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

*(for office use only)*

Student to be screened on W-APT or MODEL? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

Composite score on W-APT or MODEL \_\_\_\_\_

*If 5.0 or less in composite and less than 4.2 in reading and writing, indicate student's other language (from question #2) on Gen 1 tab in Skyward – "Native Language"*

*Indicate "Home Language" (from question #1) on the family tab in Skyward.*



**CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES**

Estimados Padres: Las declaraciones siguientes requieren su consentimiento. Favor de marcar **SI** o **NO** para cada uno. Por favor nótese que se requieren la firma y la fecha.

**SI**      **NO**

- Tratamiento Médico de Emergencia:** En caso de una emergencia y la escuela no puede comunicarse conmigo, le autorizo al director de la escuela de mi niño/niña (o su representante) que consiga transporte al hospital o centro de salud y/o tratamientos de emergencia para mi niño. Yo seré responsable por los gastos.
- Respuesta a reacciones alérgicas graves:** La enfermera de la escuela o de personal capacitado en la escuela de mi hijo, como se define en la ley estatal, puede administrar un auto inyector de epinefrina (Epi Pen) a mi niño/niña cuando, de buena fe, creen que mi hijo está teniendo una reacción anafiláctica (alergia severa).
- Permiso para Paseos:** Mi niño/niña tiene mi permiso para participar en cualquier evento del Distrito 4 para el cual sea elegible. La participación en los eventos es un privilegio. Más información será mandada a casa en anticipación de todos los eventos y paseos.
- Correspondencia del Distrito:** Le doy permiso para que el Distrito 4 de Addison mande información no confidencial al correo electrónico.
- Uso de la Foto:** Como parte del programa de reconocer a los estudiantes, puede ser que el Distrito incluya el nombre, trabajo, foto u otra información en cuanto a los éxitos de los estudiantes **en los diarios, anuarios, programas deportivos u otras publicaciones; en televisión cable o en nuestra página web del Internet.** Esta información tiene que ver con deportes, actividades, organizaciones, premios u honores académicos de la escuela.
- Anuario Lanzamiento de fotos:** Si una escuela o PTA patrocina un anuario escolar, de un estudiante Foto nombre, trabajo y/o alguna información sobre el estudiante, el logro o el éxito prestando puede ser impreso.
- Procedimientos Del Control de la Pesticencia:** El estado de Illinois pasó leyes SB0527 y SB0529, en cuanto a cómo se controla la pestilencia (ratones, hormigas y otros insectos) en las escuelas. **El uso regular de pesticida dentro de los edificios no es parte de este programa; sin embargo de vez en cuando se usará pesticida para mantener los patios y jardines de las escuelas.** Quiero que me notifiquen tan pronto sea posible antes de la aplicación de pesticida en forma de líquido o aerosol en la escuela.
- Directrices para el uso aceptable de tecnología por los estudiantes:** He leído y estoy de acuerdo con las directrices para el uso de tecnología de redes y de acceso al Internet. Comprendo que el acceso está diseñado para propósitos educativos y que las reglas y pólizas escolares tienen vigor cuando se usa el Internet en la escuela. Reconozco que es imposible para el distrito restringir acceso a todo material polémico o inadecuado. **Comprendo que el uso de internet sea usado como ayuda de parte de la maestra/o y no para acceso sin supervisión a los estudiantes.**
- Permiso de Tecnología:** Mi hijo tiene permiso para usar herramientas y aplicaciones aprobadas por el distrito y para usar su dirección de correo electrónico escolar cuando se inscriben en cuentas. El Distrito 4 de Addison (ASD4) se compromete a proporcionar la mejor educación para su hijo/a. Utilizamos muchas herramientas y aplicaciones de software basadas en la web que mejoran el aprendizaje. Como distrito, sólo autorizamos el uso de herramientas y aplicaciones que de manera efectiva y segura apoyan nuestro currículo y las iniciativas de aprendizaje. Todas las aplicaciones y herramientas pasan por un cuidadoso proceso de selección, incluyendo una revisión de las políticas de privacidad del sitio. Para desplegar estas herramientas y aplicaciones basadas en la web a su hijo/a, las reglas federales que ASD4 obtengan permiso parental. Para obtener una lista de programas y aplicaciones web aprobados por el distrito, visite nuestro sitio web de la escuela.

\_\_\_\_\_  
 Nombre del alumno (letra de molde)

\_\_\_\_\_  
 Grado (2019-20)

\_\_\_\_\_  
 Nombre del padre (letra de molde)

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre



# HOJA DE INFORMACIÓN MEDICA DEL ESTUDIANTE

Por favor en letra de imprenta

Fecha: \_\_\_\_\_

GRADO (2019-20): \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial de Segundo Nombre

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Primario: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefono Secundario:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Doctor Familiar: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Para poder ayudarnos a proveer buenos servicios médicos para su hijo y tener sus documentos médicos al día, les pedimos su cooperación en darnos esta información. Favor de responder Sí o No.

1. ¿Ha tenido su hijo(a) alguna enfermedad grave, operación, u una lesión seria? Si la respuesta es sí, favor de explicar. \_\_\_\_\_ Sí No
2. ¿Tiene su hijo(a) alguna alergia? Si la respuesta es sí, favor de escribir la alergia, reacción, y el tratamiento. \_\_\_\_\_ Sí No
3. ¿Tiene su hijo(a) asma? Si la respuesta es sí, favor de indicar el plan de acción de su Doctor Primario. \_\_\_\_\_ Sí No
4. ¿Tiene su hijo(a) alguna alergia a las picaduras de insectos? Si la respuesta es sí, favor de especificar la reacción y el procedimiento del tratamiento medico. \_\_\_\_\_ Sí No
5. ¿Necesita su hijo(a) usar medicina? Si la respuesta es sí, especifique. \_\_\_\_\_ Sí No
6. ¿Necesita su hijo(a) medicina cuando está en la escuela? Si la respuesta es sí, favor de completar la Hoja de Autorización de Medicina y siga las instrucciones. \_\_\_\_\_ Sí No
7. ¿Tiene su hijo (a) algún problema con la vista o el oído? Si la respuesta es sí, favor de comentar. \_\_\_\_\_ Sí No
8. Si no podemos comunicarnos con Usted, le da permiso a un doctor o hospital para que le de tratamientos de emergencia a su hijo(a)? **Si la respuesta es NO, que procedimientos de emergencia podemos seguir.** \_\_\_\_\_ Sí No

Entiendo que el Distrito Escolar 4 de Addison no es responsable por el pago de los gastos medicales que resultan en casos de tratamientos de emergencia.

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor  
(Letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha:

## Guías de uso de la tecnología para Estudiantes del Distrito Escolar 4

El Distrito 4 ha hecho un importante compromiso con la tecnología y proporciona estos recursos y actividades apropiadas a sus estudiantes, personal, miembros de la junta escolar y voluntarios profesionales en educación. La meta en proporcionar estos recursos es el desarrollo a tener conciencia y responsabilidad en tecnología con la idea de fomentar y promocionar una educación altamente personal. El Distrito 4 considera firmemente que en los recursos tecnológicos, incluyendo el uso del Internet son de gran importancia en el ambiente de hoy. Y a la vez el Distrito 4 reconoce la necesidad de elaborar guías en relación con el uso de estos recursos. Por lo cual se han desarrollado las siguientes normas de seguridad para el uso apropiado y responsable de los usuarios y a la vez proteger los intereses del Distrito 4 en el uso de la Tecnología.

### Definición de los Recursos de la Tecnología del Distrito 4:

- Los sistemas de información y recursos tecnológicos están cubiertos por estas normas de regulación, incluyendo los sistemas de computadoras, software acceso al Internet y todas sus configuraciones. Incluyendo sistema de computadoras redes, hardware y todos sus equipos de sistema de operaciones, aplicaciones, almacén de texto, archivo de datos, incluyendo, correos electrónicos y base de datos para acceso al Internet, imágenes, información digital, comunicaciones tecnológicas incluyendo audio y video y nueva tecnología cuando esté disponible. El Distrito se reserva el derecho de supervisar todas las actividades y recursos de Tecnología.

### Uso Autorizado:

- Los procedimientos administrativos para el uso autorizado de la Tecnología del Distrito 4 serán regidos y desarrollados por el Superintendente del Distrito Escolar.
- Acceso a los recursos tecnológicos del Distrito se concederá una vez recibido el formulario de consentimiento apropiado para el uso de los recursos.
- Los recursos Tecnológicos del Distrito forman parte del plan de estudios del Distrito 4 y se ha proporcionado para uso de servicio de acceso al público. El Distrito tiene el derecho de poner restricciones al material que los usuarios den entrada a través de los recursos tecnológicos. Se espera que los usuarios de estos recursos sigan la póliza en el uso en general de las reglas que se encuentran en Distrito o la escuela, manuales, juntas, maestros o directivas administrativas y todas las leyes estatales, federales e Internacionales.

### No Hay Expectativas de Privacidad:

Todos los recursos tecnológicos de la red asociada son propiedad en su totalidad del Distrito Escolar 4. Toda la información de los archivos contenida de los recursos tecnológicos que residan en el Distrito 4 es propiedad del Distrito 4. Por lo tanto:

- Los usuarios renuncian a su derecho a la privacidad con respecto a los archivos y comunicaciones y con el consentimiento para el acceso al personal externo designado y autorizado por el Superintendente. El personal autorizado del Distrito será asignado por el Superintendente e incluirá a los Directores y Sub-directores. El personal técnico tiene un acceso limitado a los archivos cuando hace sus funciones.

### Responsabilidades del Estudiante:

- Los estudiantes que utilicen los recursos de la tecnología provista por el Distrito debe de obtener un permiso y ser supervisado por el personal del Distrito 4. Estudiantes individuales son responsables por el uso de la red o Internet. Los estudiantes deben practicar un comportamiento apropiado y juicioso cuando usan la red en otras tecnologías como lo hacen en el salón de clases o en otras áreas de la escuela. Aplicar las mismas reglas de comportamiento y comunicación. Puesto que la comunicación en la red es publica, los estudiantes son responsables por un comportamiento apropiado en la red ya que están en la escuela. Estudiantes pueden ser sancionados y expulsados por el uso inapropiado.
- Todos los recursos deben ser manejados con cuidado. Hardware and software no deben modificarse, no darle un mal uso en ninguna manera. Los estudiantes no deberán de descargar nada de la red o internet del Distrito sin antes ser aprobado. Los estudiantes son responsables de reportar cualquier software sin autorización que observen en la red. No reportar a su maestro se puede suspender el uso de la computadora.
- El Distrito no provee cuentas para correos electrónicos personales. Por lo tanto los estudiantes deben usar el correo electrónico bajo la supervisión de un miembro del personal y será solo para algún proyecto educacional y del currículo del Distrito. No se les permite a los estudiantes usar el correo electrónico del Distrito para mensajes personales, mensajes anónimos o comunicaciones no relacionadas con el programa escolar. Los estudiantes pueden ser sancionados incluyendo, la expulsión por enviar correos electrónicos de la red de la escuela y pueden ser sancionados incluyendo, la expulsión por recibir correos no apropiados y no reportados.
- Los estudiantes deben de respetar los derechos de privacidad de otros y no tratar de entrar a los correos de comunicación no dirigidos a ellos.
- Las contraseñas para acceso a internet son para uso exclusivo del dueño autorizado. Las contraseñas nunca se deben compartir con otras personas. Los estudiantes no deben tratar de tener acceso con la contraseña de otros, cambiar la contraseña de otros individuos, tratar de tener acceso a cualquier documento o datos pertenecientes a otros o distorsionar en la red. Revelar o utilizar la contraseña de otros intentando tener acceso a documentos y datos de otros, será una base para revocar el privilegio del uso de la



computadora y puede ser sujeto a una disciplina adicional. El dueño de la contraseña será responsable por las acciones usando esa contraseña.

- Los estudiantes no intentarán tener acceso a los recursos de la tecnología de manera que comprometa la seguridad de la red del Distrito tratando de tener acceso más allá de los recursos autorizados del Distrito.
- Los estudiantes son responsables de informar al personal del uso no autorizado de su contraseña, instalaciones de software no autorizadas, de recibir cualquier transmisión electrónica, conocimiento de alguna violación de derechos, y cualquier consecuencia en el acceso y uso del hardware.

### **Filtrando Internet:**

- El Distrito Escolar 4 cuenta con un sistema de filtración de sitios de contenido considerado no apropiados para el uso educacional. Cuando se use los recursos de la tecnología del Distrito Escolar 4, ningún usuario puede intentar pasar el sistema por los filtros o intentar tener acceso al internet de alguna manera.

### **Uso e Instalación de Software y Hardware:**

- Solo personas autorizadas (LISTA POR CATEGORIAS DE PERSONAS AUTORIZADAS) son permitidas para instalar software o hardware en los recursos de la tecnología del Distrito.
- Ningún software o hardware es instalado en la tecnología del Distrito sin una licencia convenida que permita la instalación. Los usuarios no deben de conectar o instalar ningún software o hardware personal en los recursos del Distrito sin antes ser aprobado por la administración y adaptar hardware o software original comprado por los usuarios individuales deben ser acompañados por un recibo de compra. Los usuarios no deben descargar ningún material o software del Internet sin la aprobación de los administradores del Distrito.
- El Equipo de la Tecnología del Distrito es el responsable de aprobar la compra e instalación de software. Asistencia con la instalación y problemas con el software comprado personalmente tiene que estar aprobada y permitida por un administrador disponible de el Equipo de Tecnología como el tiempo y el Distrito lo permita. Es la póliza del Distrito 4, para mantenerse dentro de los acuerdos convenidos y permitidos.
- Algunas veces es necesario que el Equipo de la Tecnología del Distrito reforme los discos duros. Reformando el disco duro borra completamente su contenido. Todo el software del Distrito, como el Microsoft Office, que es de uso consistente en el Distrito, será reinstalado. Todo el software aprobado, comprado por el edificio o individual, necesitara ser re-instalado por los usuarios aprobados por el edificio.
- El coordinador de la Tecnología, asistido por los directores del edificio, serán responsables por mantener licencias y acuerdos en los archivos.
- El Equipo de la Tecnología del Distrito, incluyendo sysops, no serán reinstalados copias de software no aprobados, no serán recuperados ningún archivo de datos, que sean requeridos para uso en el disco duro personal. Con esto en mente, favor de mantener cualquier disco comprado de software en un lugar identificado para cada escuela. Usuarios son responsables de la seguridad de cualquier archivo de datos que hayan sido guardados en el disco duro local.

### **Resultados Derechos Registrados:**

- Los usuarios deben permanecer bajo los derechos registrados y respetar el derecho de sus dueños. Los derechos registrados incumplidos ocurren cuando un usuario reproduce un trabajo inapropiado que esta protegido por un derecho registrado bajo el “buen uso”, una reproducción no autorizada o uso de materiales, para juzgar, comentar reportar novedades, enseñar, becas o recursos. Todos los usuarios deben de seguir la guía del “buen uso” cuando usando información obtenida del internet.
- (Referirse a: <http://www.adec.edu/admin/papers/fair10-17.html> para el Buen Uso de las guías.
- Usuarios no deben plagiar. Esto también aplica a trabajos que se encuentran en el internet en otros recursos electrónicos. Plagiar es presentar o escribir ideas que pertenecen a otras personas. Es importante para los usuarios de la tecnología hacer papeles y presentaciones con origen desde el punto de vista ético y legal.

### **Publicaciones en la Red:**

- Publicar información en el Internet usando los recursos de la tecnología del Distrito, es información publicada de parte del Distrito. Consecuentemente con excepción del correo, información puede ser publicada en el Internet usando los recursos del Distrito solamente cuando han sido aprobados por el administrador o personal autorizado por el Distrito.

### **Responsabilidad del Distrito**

- La meta del Distrito es desarrollar una responsabilidad en los usuarios de la tecnología, se entiende que hacer disponible el acceso al Internet y a la red, incluso con el servicio de filtros para el Internet, transporta un gran potencial a encontrarse con Fuentes que pueden ser controversiales e inapropiadas. Es por esto que el Distrito no es responsable por la exactitud apropiada de cualquier información conseguida por medio de la tecnología.
- Adicionalmente, porque no hay tecnología que esté libre de algún error totalmente dependiente, el Distrito no es responsable por ninguna información que puede ser perdida dañada o no disponible por dificultades técnicas.
- Una vez más, es importante recordar que el uso de la Tecnología del Distrito es un privilegio y no un derecho. Por eso, el Distrito tiene el derecho a determinar las consecuencias por el abuso y mal uso de los accesorios y recursos tecnológicos.

**JOHN R. LANGTON, Superintendent**

**Administration Center**

222 N. Kennedy Drive  
Addison, IL 60101  
(630) 458-2500  
Fax (630) 628-8829



**Addison 4**  
School District

ADDISON | ILLINOIS | SINCE 1842

**Excellence 4 ALL**

**Addison Early Learning Center**

650 S. Ardmore Ave.  
Addison, IL 60101  
(630) 458-3095  
Fax (630) 834-0905

**Ardmore School**

644 S. Ardmore Ave.  
Addison, IL 60101  
(630) 458-2900  
Fax (630) 833-3572

**Army Trail School**

346 Army Trail Blvd.  
Addison, IL 60101  
(630) 458-2502  
Fax (630) 628-2516

**Fullerton School**

400 S. Michigan Ave.  
Addison, IL 60101  
(630) 458-2950  
Fax (630) 833-3949

**Indian Trail Jr. High**

222 N. Kennedy Dr.  
Addison, IL 60101  
(630) 458-2600  
Fax (630) 628-2841

**Lake Park School**

330 W. Lake Park Dr.  
Addison, IL 60101  
(630) 458-3010  
Fax (630) 628-2526

**Lincoln School**

720 N. Lincoln Ave.  
Addison, IL 60101  
(630) 458-3040  
Fax (630) 628-2524

**Stone School**

1404 W. Stone Ave.  
Addison, IL 60101  
(630) 628-4020  
Fax (630) 628-2546

**Wesley School**

1111 W. Westwood Tr.  
Addison, IL 60101  
(630) 628-4060  
Fax (630) 628-2536

**Notificación de los exámenes de salud y de dental y de la vista**

El Código Escolar del estado de Illinois requiere los siguientes exámenes para los estudiantes que entran en el sistema escolar público:

**Examen Médico:**

El examen médico es requerido de todos los estudiantes quienes entran al pre-kinder, kinder o al sexto grado y de todos los estudiantes que se inscriban en una escuela de Illinois por primera vez. El formulario "Certificado de Examen de Salud del Niño(a)" está incluido con este aviso.

Favor de notar que el Distrito Escolar #4 de Addison aceptará solamente lo siguiente:

- a. El Certificado de Examen de Salud del Niño(a) autorizado por el Departamento de Servicios Humanos del Estado de Illinois – formulario de dos lados, proveído por el distrito.
- b. La sección requerida "Examen Físico" completada, con fecha y firmada por un médico licenciado, enfermera practicante o asistente de médico.
- c. La evidencia de vacunas contra: difteria, tétano, pertusis, rubéola, paperas, sarampión, y varicela es requerida. Los estudiantes que ingresan a la escuela también tienen que recibir vacunas contra Hepatitis B y HIB. **Todos los estudiantes quienes entran al sexto grado tienen que tener prueba de vacunas recientes de Tdap y la vacuna meningocócica.**
  1. Se requieren las fechas (mes, día y año) de todas las vacunas, recientes y pasadas.
  2. El proveedor de cuidado de salud tiene que firmar la sección de vacunas indicando que se le fueron dadas.
- b. La aprobación para la educación física tiene que ser verificado por el proveedor de la atención médica.
- c. Los padres/tutores tienen que completar y firmar la sección de "Historial de Salud".

**Ningún niño puede entrar a la escuela el primer día de clases sin el "Certificado de Examen de Salud del Niño(a)" completado, firmado y archivado en la oficina de la escuela. Favor de comunicarse con su médico para hacer una cita para su niño(a) tan pronto como le sea posible.**

**Examen Dental:**

Todos los estudiantes del kinder, segundo y sexto grados tienen que tener prueba de un examen dental archivado en la oficina de la escuela antes del 15 de mayo del año escolar. El "Comprobante de Examen Dental Escolar" tiene que ser completado por un dentista. Por favor, póngase en contacto con su dentista tan pronto como le sea posible para hacer una cita para su niño(a). También, usted puede entregar una forma de renuncia del examen dental, si es que no puede cumplir con este requisito.

**Examen de la Vista:**

Se requiere que todos los estudiantes que se inscriben en una escuela de Illinois por primera vez, lo cual generalmente ocurre en prekindergarten o kindergarten, tengan un examen de la vista. El examen tiene que ser hecho por un oculista. La prueba de un examen de la vista debe ser entregado a la oficina de la escuela antes del 15 de octubre del año escolar. Puede llenar el Eye Exam Waiver (La Renuncia del Examen de la Vista) si no puede cumplir con este requisito. Los dos formularios, "Eye Examination Report" y "Eye Examination Waiver" están incluidos con este aviso.

**The Addison School District 4 Community...**

- Provides a safe, nurturing and innovative learning environment;
- Empowers all students to achieve success while embracing and celebrating individual differences; and
- Develops life-long learners with a global perspective.



**State of Illinois  
Certificate of Child Health Examination**

<b>Student's Name</b>			<b>Birth Date</b>	<b>Sex</b>	<b>Race/Ethnicity</b>	<b>School /Grade Level/ID#</b>
Last	First	Middle	Month/Day/Year			
<b>Address</b>			<b>Parent/Guardian</b>	<b>Telephone # Home</b>		<b>Work</b>
	Street	City	Zip Code			

**IMMUNIZATIONS: To be completed by health care provider. The mo/da/yr for every 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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polio (Check specific type)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hib Haemophilus influenza type b																			
Pneumococcal Conjugate																			
Hepatitis B																			
MMR Measles Mumps. Rubella																			
Varicella (Chickenpox)																			
Meningococcal conjugate (MCV4)																			
<b>RECOMMENDED, BUT NOT REQUIRED Vaccine / Dose</b>																			
Hepatitis A																			
HPV																			
Influenza																			
Other: Specify Immunization Administered/Dates																			

**Comments:**

**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.**

<b>Signature</b>	<b>Title</b>	<b>Date</b>
<b>Signature</b>	<b>Title</b>	<b>Date</b>

**ALTERNATIVE PROOF OF IMMUNITY**

- 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 HEPATTIS B MO DA YR VARICELLA MO DA YR
- 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
- 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.

Apellido		Nombre		Inicial		Fecha de Nacimiento	Sexo	Escuela	Grado/Núm. de Ident.	
						Mes / Día / Año				
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?			Sí No				¿Ha sido hospitalizado?			Sí No
¿Tiene defectos de nacimiento?			Sí No				¿Cuándo? ¿Para qué?			Sí No
¿Tiene retrasos del desarrollo?			Sí No				¿Ha tenido alguna cirugía?(anótelas todas)			Sí No
¿Tiene problemas de la sangre? Hemofilia, Glóbulos Falciformes (Sickle Cell), Otro			Sí No				¿Cuándo? ¿Para qué?			Sí No
¿Tiene diabetes?			Sí No				¿Ha tenido heridas graves o enfermedades?			Sí No
¿Tiene heridas en la cabeza/golpe/desmayo?			Sí No				¿Prueba positiva de TB (Pasado o Presente)?			Sí No
¿Tiene convulsiones? Cómo se manifiestan?			Sí No				¿Enfermedad de TB (Pasado o Presente)?			Sí No
¿Tiene problemas cardiacos/No respira bien?			Sí No				¿Usa tabaco (tipo, frecuencia)?			Sí No
¿Tiene soplo en el corazón/presión arterial alta?			Sí No				¿Toma alcohol/drogas?			Sí No
¿Tiene mareos o dolor de pecho al hacer ejercicios?			Sí No				¿Historial de familiares de muerte repentina antes de los 50 años? ¿Causa?			Sí No
¿Problemas con los ojos/visión? _____ Lentes <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto <input type="checkbox"/> Último examen _____						Dental <input type="checkbox"/> Ganchos <input type="checkbox"/> Puento <input type="checkbox"/> Placas Otro				
¿Otras Preocupaciones? (bizco, párpados caídos, parpadear, dificultad cuando lee)						La información en este formulario se puede compartir con el personal apropiado para propósitos de salud y educación.				
¿Tiene problemas de los oídos/no oye bien?			Sí No				Firma del Padre/Tutor			Fecha
¿Tiene problemas de los huesos/articulaciones/heridas/escoliosis?			Sí No							
<b>PHYSICAL EXAMINATION REQUIREMENTS</b> 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> And any two of the following: Family History Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>										
Ethnic Minority Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Signs of Insulin Resistance (hypertension, dyslipidemia, polycystic ovarian syndrome, acanthosis nigricans) Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> At Risk Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>										
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Blood Test Indicated? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		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. <a href="http://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/testing/TB_testing.htm">http://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/testing/TB_testing.htm</a> .										
No test needed <input type="checkbox"/>		Test performed <input type="checkbox"/>		Skin Test: Date Read / /		Result: Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/>		mm _____		
				Blood Test: Date Reported / /		Result: Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/>		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				<input type="checkbox"/> Diagnosis of Asthma		Mental Health				
Currently Prescribed Asthma Medication:						Other				
<input type="checkbox"/> Quick-relief medication (e.g. Short Acting Beta Agonist)										
<input type="checkbox"/> Controller medication (e.g. inhaled corticosteroid)										
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: <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> Teacher <input type="checkbox"/> Counselor <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Modified <input type="checkbox"/>					INTERSCHOLASTIC SPORTS Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Modified <input type="checkbox"/>					
Print Name			(MD,DO, APN, PA) Signature			Date				
Address					Phone					



## 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 1<sup>st</sup> 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 \_\_\_\_\_





Illinois law requires that proof of an eye examination by an optometrist or physician (such as an ophthalmologist) who provides eye examinations be submitted to the school no later than October 15 of the year the child is first enrolled or as required by the school for other children. The examination must be completed within one year prior to the first day of the school year the child enters the Illinois school system for the first time. The parent of any child who is unable to obtain an examination must submit a waiver form to the school.

Student Name \_\_\_\_\_  
(Last) (First) (Middle Initial)

Birth Date \_\_\_\_\_ Gender \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_  
(Month/Day/Year)

Parent or Guardian \_\_\_\_\_  
(Last) (First)

Phone \_\_\_\_\_  
(Area Code)

Address \_\_\_\_\_  
(Number) (Street) (City) (ZIP Code)

County \_\_\_\_\_

**To Be Completed By Examining Doctor**

**Case History**

Date of exam \_\_\_\_\_

Ocular history:  Normal or Positive for \_\_\_\_\_

Medical history:  Normal or Positive for \_\_\_\_\_

Drug allergies:  NKDA or Allergic to \_\_\_\_\_

Other information \_\_\_\_\_

**Examination**

	Distance			Near
	Right	Left	Both	Both
Uncorrected visual acuity	20/	20/	20/	20/
Best corrected visual acuity	20/	20/	20/	20/

Was refraction performed with dilation?  Yes  No

	Normal	Abnormal	Not Able to Assess	Comments
External exam (lids, lashes, cornea, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Internal exam (vitreous, lens, fundus, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pupillary reflex (pupils)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Binocular function (stereopsis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Accommodation and vergence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Color vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glaucoma evaluation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Oculomotor assessment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Other _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

NOTE: "Not Able to Assess" refers to the inability of the child to complete the test, not the inability of the doctor to provide the test.

**Diagnosis**

Normal  Myopia  Hyperopia  Astigmatism  Strabismus  Amblyopia

Other \_\_\_\_\_



**Recommendations**

1. Corrective lenses:  No  Yes, glasses or contacts should be worn for:  
 Constant wear  Near vision  Far vision  
 May be removed for physical education

2. Preferential seating recommended:  No  Yes

Comments \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3. Recommend re-examination:  3 months  6 months  12 months  
 Other \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

Print name \_\_\_\_\_  
 Optometrist or physician (such as an ophthalmologist)  
 who provided the eye examination  MD  OD  DO

License Number \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Phone \_\_\_\_\_

<p align="center"><b>Consent of Parent or Guardian</b></p> <p align="center">I agree to release the above information on my child or ward to appropriate school or health authorities.</p> <p align="center">_____ (Parent or Guardian's Signature)</p> <p align="center">_____ (Date)</p>
--

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

(Source: Amended at 32 Ill. Reg. \_\_\_\_\_, effective \_\_\_\_\_)



**Please print:**

Student Name \_\_\_\_\_ Birth Date \_\_\_\_\_  
(Last) (First) (Middle Initial) (Month/Day/Year)

School Name \_\_\_\_\_ Grade Level \_\_\_\_\_ Gender:  Male  Female

Address \_\_\_\_\_  
(Number) (Street) (City) (ZIP Code)

Phone \_\_\_\_\_  
(Area Code)

Parent or Guardian \_\_\_\_\_  
(Last) (First)

Address of Parent or Guardian \_\_\_\_\_  
(Number) (Street) (City) (ZIP Code)

**I am unable to obtain the required vision examination because:**

- My child is enrolled in medical assistance/ALL KIDS, but we are unable to find a medical doctor who performs eye examinations or an optometrist in the community who is able to examine my child and accepts medical assistance/ ALL KIDS.
- My child does not have any type of medical or vision/eye care coverage, my child does not qualify for medical assistance/ ALL KIDS, there are no low-cost vision/eye clinics in our community that will see my child, and I have exhausted all other means and do not have sufficient income to provide my child with an eye examination.
- Other undue burden or a lack of access to an optometrist or to a physician who provides eye examinations:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

(Source: Added at 32 Ill. Reg. \_\_\_\_\_, effective \_\_\_\_\_)



## ATESTACION DE RESIDENCIA

Una persona tratando de inscribir a un estudiante debe utilizar este formulario como prueba de residencia cuando él o ella no puede producir un contrato de alquiler, compra acuerdo u otro documento similar – otros documentos también serán necesarios para establece residencia. El Distrito Escolar se reserva el derecho de evaluar las pruebas presentadas; completar este formulario no garantiza la admisión.

**Para ser completado y firmado por la persona inscribiendo al estudiante; por favor regréselo a la oficina de la escuela. Favor de escribir con letra de molde.**

_____	_____	
Estudiante	Escuela	
_____	_____	
Persona inscribiendo al estudiante	Número de teléfono de casa	
_____		
Parentesco al estudiante		
_____	_____	
Domicilio	Ciudad	Código Postal
_____	_____	_____
Firma de la persona inscribiendo al estudiante	Fecha	

**Para ser completado y firmado por la persona quien es responsable de la residencia. Favor de escribir con letra de molde.**

_____	_____
Nombre de la persona quien es responsable de la residencia	Número de teléfono

Yo soy responsable de esta residencia por  Propietario,  Contrato de Alquiler,  Otro

Número total de: Personas viviendo en esta residencia \_\_\_\_ Habitaciones en la Residencia \_\_\_\_ Recamaras \_\_\_\_

Favor de explicar las razones de este arreglo de vivienda, incluyendo su parentesco con la persona que esta inscribiendo al estudiante:

\_\_\_\_\_

**Certifico que esta información es verdadera y que las personas antes mencionadas están viviendo en mi residencia.**

_____	_____
Firma de la persona quien es responsable de la residencia	Fecha

**ADVERTENCIA:** Si se determina que un estudiante no residente en el Distrito 4 al cual tiene que pagar inscripción, la persona(s) inscribiendo al estudiante es responsable de la inscripción de un estudiante no residente a partir de la fecha en que el estudiante comenzó a asistir a una escuela del Distrito 4 como un no-residente.

Una persona que inscriba o intente inscribir en este distrito escolar de forma gratuita un estudiante intencionalmente sabiendo que el estudiante no es un residente del distrito es culpable de un delito menor de clase C, excepto en situaciones muy limitadas, tal como se define en la ley del estado (105 ILCS 5/10-20.12b (e)).

Una personal que intencional y voluntariamente presente al distrito escolar cualquier información falsa con respecto a la residencia de un estudiante con el fin de permitir que el mismo asista a cualquier de ese distrito sin el pago de un cargo de inscripción de estudiante no-residente es culpable de un delito menor de clase C (105 ILCS 5/10-20.12b(f)).

## ATESTACION DE RESIDENCIA

Una persona tratando de inscribir a un estudiante debe utilizar este formulario como prueba de residencia cuando él o ella no puede producir un contrato de alquiler, compra acuerdo u otro documento similar – otros documentos también serán necesarios para establece residencia. El Distrito Escolar se reserva el derecho de evaluar las pruebas presentadas; completar este formulario no garantiza la admisión.

**Para ser completado y firmado por la persona inscribiendo al estudiante; por favor regréselo a la oficina de la escuela. Favor de escribir con letra de molde.**

_____	_____	
Estudiante	Escuela	
_____	_____	
Persona inscribiendo al estudiante	Número de teléfono de casa	
_____		
Parentesco al estudiante		
_____	_____	
Domicilio	Ciudad	Código Postal
_____	_____	_____
Firma de la persona inscribiendo al estudiante	Fecha	

**Para ser completado y firmado por la persona quien es responsable de la residencia. Favor de escribir con letra de molde.**

_____	_____
Nombre de la persona quien es responsable de la residencia	Número de teléfono

Yo soy responsable de esta residencia por  Propietario,  Contrato de Alquiler,  Otro

Número total de: Personas viviendo en esta residencia \_\_\_ Habitaciones en la Residencia \_\_\_\_\_ Recamaras \_\_\_\_\_

Favor de explicar las razones de este arreglo de vivienda, incluyendo su parentesco con la persona que esta inscribiendo al estudiante:

\_\_\_\_\_

**Certifico que esta información es verdadera y que las personas antes mencionadas están viviendo en mi residencia.**

_____	_____
Firma de la persona quien es responsable de la residencia	Fecha

**ADVERTENCIA:** Si se determina que un estudiante no residente en el Distrito 4 al cual tiene que pagar inscripción, la persona(s) inscribiendo al estudiante es responsable de la inscripción de un estudiante no residente a partir de la fecha en que el estudiante comenzó a asistir a una escuela del Distrito 4 como un no-residente.

Una persona que inscriba o intente inscribir en este distrito escolar de forma gratuita un estudiante intencionalmente sabiendo que el estudiante no es un residente del distrito es culpable de un delito menor de clase C, excepto en situaciones muy limitadas, tal como se define el la ley del estado (105 ILCS 5/10-20.12b (e)).

Una personal que intencional y voluntariamente presente al distrito escolar cualquier información falsa con respecto a la residencia de un estudiante con el fin de permitir que el mismo asista a cualquier de ese distrito sin el pago de un cargo de inscripción de estudiante no-residente es culpable de un delito menor de clase C (105 ILCS 5/10-20.12b(f)).

# 2019-20 PRIMARIA FORMA DE CUOTAS ESTUDIANTILES

*Uno (1) por familia por escuela- favor de usar letra de molde*



**Addison**  
School District **4**  
ADDISON | ILLINOIS | SINCE 1842

Escuela: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Apellido del estudiante: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

## A. Cuota de Inscripción

<u>Grado</u>	<u>Nombre de Estudiante(s)</u>	<u>#</u>	<u>Cuota</u>	=	<u>Total</u>
<input type="checkbox"/> Primera Infancia	_____	_____	\$80.00	=	_____
<input type="checkbox"/> Grados K - 5	_____	_____	\$95.00	=	_____

*No Cuota Para Inscripción de Pre-Escolar o Programa de Expansión de Pre-Escolar*

**Total de la Inscripción (A) = \$ \_\_\_\_\_**

## B. Cuota de Transportación-Disponible en Ardmore, Fullerton, Stone

Si la cuota es pagada después del 1 de junio, 2019, transportación será retrasada hasta el 3 de septiembre, 2019

- El estudiante caminará/Los padres transportarán
- Cuota de Autobús (1.5 milla o más) – (máximo \$200/familia) \$100.00 = \_\_\_\_\_
- Cuota del Autobús para Caminadores - menos de 1.5 millas, dependiendo de la disponibilidad de espacio (máximo \$1000/familia)

### Opciones de Pago:

- 1). Pago único el día de la inscripción (por estudiante) \$500.00 = \_\_\_\_\_
- 2). Plan de 5 Pagos: \$100 se pagan el día de la inscripción  
mas 4 pagos mensuales de \$100 en una tarjeta de crédito \$100.00 = \_\_\_\_\_  
- Junio, Julio, Agosto, Septiembre (por estudiante)

**Total de la Transportación (B) = \$ \_\_\_\_\_**

## C. Cuota de Tecnología: Cuota de aparato \$40 por estudiantes en grados 1- 5

**Total de Tecnología (C) = \$ \_\_\_\_\_**

## D. Donación opcional para la Fundación Educativa

La Fundación Educativa del distrito 4 de Addison es una organización 501(c) (3) fundada en 2006 para apoyar los proyectos educativos los cuales mejorarán las experiencias de aprendizaje de los estudiantes. Una donación voluntaria sería apreciada. Las donaciones son deducibles según las leyes del IRS.

- \$5    \$10    \$15    \$20    \$50

**Total de Donación de Fundación (D) = \$ \_\_\_\_\_**

## E. Asociación de padres y maestros (PTA) Cuotas (opcional)

\$10 por Familia por cada escuela

**Total del PTA donacion (E)= \$ \_\_\_\_\_**

**TOTAL (A + B + C + D+ E) = \$ \_\_\_\_\_**

**\$25 Descuento por Inscribir Temprano  
(antes de o el 6 de Mayo por estudiante) = \$ \_\_\_\_\_**

**Gran Total = \$ \_\_\_\_\_**

### Método de Pago

**Efectivo** (se acepta en persona solamente) \$ \_\_\_\_\_  **Cheque #** \_\_\_\_\_ (Pagable a Addison Distrito 4) \$ \_\_\_\_\_

**Pago en línea – [www.asd4.org](http://www.asd4.org)** (por favor adjunte la copia del recibo en línea como prueba del pago)  **Fee Waiver**

**Tarjeta de crédito** (Debit Card/Master Card/Visa) # \_\_\_\_\_ Fecha de Ven. \_\_\_\_\_

Nombre en la tarjeta \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

# 2019-20 ITJHS FORMULARIO DE LAS CUOTAS ESTUDIANTILES

*Uno (1) por estudiante, favor de usar letra de molde*



Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Grado del Año Escolar 2019-20: \_\_\_\_\_ # de teléfono en casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**A. Cuota de Inscripción: \$125.00**

**Total de la Inscripción (A) = \$ \_\_\_\_\_**

**B. Cuotas Misceláneas**

	<u>#</u>	<u>Cuota</u>		<u>Total</u>
<input type="checkbox"/> Camiseta de educación física (grados 6 – 8)	_____	\$ 5.00	=	_____
<input type="checkbox"/> Pantalones cortos de educación física (grados 6 – 8)	_____	\$10.00	=	_____
<input type="checkbox"/> Candado para educación física (grados 6 – 8)	_____	\$ 5.00	=	_____
<input type="checkbox"/> Banda/Coro/Orquesta (grados 6 – 8) <i>*Inscripción confirmada requerida</i>	_____	\$50.00	=	_____
<input type="checkbox"/> PTA	_____	\$10.00	=	_____

**Total de las cuotas misceláneas (B) = \$ \_\_\_\_\_**

**C. Cuota de Transportación-Si la cuota es pagada después del 1 de junio, 2019, transportación será retrasado hasta el 3 de septiembre, 2019**

- El estudiante será un caminante/Los padres transportaran
- Cuota de Autobús (1.5 millas o más) – (máximo \$200/familia) **\$100.00 = \_\_\_\_\_**
- La cuota del autobús para los caminantes  
(menos de 1.5 milla, dependiendo de la disponibilidad de espacios) (máximo \$1000/familia)

**Opciones de Pago:**

- 1). Pago por alumno en el día de la inscripción **\$500.00 = \_\_\_\_\_**
- 2). Plan de 5 Pagos: \$100 se pagan en el día de la inscripción+  
mas 4 pagos mensuales de \$100 en una tarjeta de crédito **\$100.00 = \_\_\_\_\_**  
- Junio, Julio, Agosto, Septiembre (por alumno)

**Total de la Transportación (C) = \$ \_\_\_\_\_**

**D. Cuota de Tecnología: \$40 por el aparato para todos los estudiantes de I.T.**

**Total Cuota de Tecnología (D) = \$ \_\_\_\_\_**

**E. Donación opcional para la Fundación Educativa**

La Fundación Educativa del distrito 4 de Addison en una organización 501(c)(3) fundada en 2006 para apoyar los proyectos educativos los cuales mejorarán las experiencias de aprendizaje de los estudiantes. Una donación voluntaria sería apreciada. Las donaciones son deducibles según las leyes del IRS.

- \$5    \$10    \$15    \$20    \$50

**Total de la Donación (E) = \$ \_\_\_\_\_**

**Costo Total (A + B + C + D + E) = \$ \_\_\_\_\_**

**\$25 Descuento por Inscribir Temprano  
(Antes del 6 de mayo) = \$ \_\_\_\_\_**

**Total = \$ \_\_\_\_\_**

**METODO DEL PAGO**

- Efectivo (se acepta en persona) \$ \_\_\_\_\_  Cheque # \_\_\_\_\_ (Pagable a Addison District 4) \$ \_\_\_\_\_
- Pago en línea – [www.asd4.org](http://www.asd4.org) (una por favor la copia del recibo en línea como prueba del pago)  Fee Waiver
- Tarjeta de crédito # \_\_\_\_\_ Fecha de caducidad \_\_\_\_\_

Nombre en la tarjeta \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_