

Drodzy Rodzice dzieci rozpoczynających naukę w oddziale przedszkolnym,

Witamy w Okręgu Szkolnym 95 Wspólnoty Lake Zurich! Bez względu na to, czy mają już Państwo w naszym okręgu starsze dzieci jesteśmy pewni, że zarówno Państwu, jak i Państwa dziecku spodoba się w naszych szkołach Okręgu 95 oraz że poznają tu Państwo opiekuńczych i oddanych pracowników.

Misją Okręgu 95 jest „Wspieranie każdego ucznia w drodze do osiągnięcia osobistej doskonałości”. Wartości przyjęte w naszym procesie zaangażowania społeczności obejmują: Szacunek, współpracę, ciągłe doskonalenie, wytrwałość, sprawiedliwość, uczciwość i wysokie oczekiwania. Jesteśmy zaangażowani w codzienne wdrażanie naszej misji w życie i wpajanie tych wartości naszym uczniom. Mogą Państwo dowiedzieć się więcej o naszej misji, wizji, wartościach i planie strategicznym, odwiedzając stronę <https://www.lz95.org/district/strategic-plan>

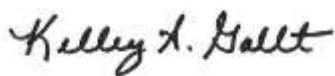
Jesteśmy „społecznościowym” okręgiem szkolnym co oznacza, że prowadzimy klasy od przygotowania przedszkolnego do klasy 12 w jednym okręgu szkolnym, zarządzanym przez jeden powiatowy zespół administracyjny, na którego czele stoję ja — kurator. Kierunek działań Administracji nadaje Kuratorium Oświaty Okręgu Szkolnego 95, które składa się z siedmiu członków społeczności, wybranych urzędników. Kuratorium i Administracja wspólnie zarządzają finansami oraz ogólnym kierunkiem działania okręgu.

Okręg 95 ma pięć szkół podstawowych obsługujących naszych najmłodszych uczniów do piątej klasy (Isaac Fox, May Whitney, Sarah Adams, Seth Paine i Spencer Loomis), dwa gimnazja dla klas 6-8 (Middle School North i Middle School South) oraz Liceum Lake Zurich obsługujące klasy 9-12. Posiadamy też dwa budynki administracyjne, w których mieszczą się wydziały administracyjny i operacyjny, niezbędne do wspierania działalności szkół i odnoszenia sukcesów przez uczniów.

Zapisując dziecko do szkoły, prosimy podać adres e-mail. Wysyłamy wiele ważnych e-maili drogą elektroniczną za pośrednictwem aplikacji School Messenger, naszego narzędzia do komunikacji masowej. Wiele informacji na nasz temat znajdą Państwo także na stronie internetowej okręgu, www.lz95.org oraz na stronie internetowej szkoły, do której uczęszcza Państwa dziecko.

Witam w okręgu! Cieszę się, że przeżyjemy tę edukacyjną przygodę razem.

Z poważaniem,



dr Kelley Gallt

Częste pytania na temat programu całodziennego opieki przedszkolnej

Czy całodzienny oddział przedszkolny jest płatny?

Nie pobieramy czesnego; tylko opłatę rejestracyjną wymaganą dla uczniów szkół podstawowych.

Czy dostępna jest opcja uczęszczania na pół dnia?

Tak. Dziecko może brać udział tylko w zajęciach porannych. Jednak muszą Państwo zapewnić mu transport do domu.

Czy dla przedszkolaków przewidziany jest transport?

Przy ustalaniu dostępności transportu dla dzieci uczęszczających do przedszkola stosowane są te same kryteria, co dla innych poziomów nauczania. Dlatego niektóre przedszkolaki będą miały zapewniony transport, a inne nie – w zależności od adresu zamieszkania oraz odległości od szkoły.

Czy dzieci przedszkolne mają przerwę na lunch/długą przerwę?

Tak. Dzieci przedszkolne mogą otrzymać lunch w szkole lub przynieść zdrowy posiłek z domu. Ciepły posiłek można opłacać za pomocą systemu zlecenia zapłaty. Można skorzystać z systemu biometrycznego, który łączy ucznia z kontem w stołówce lub wybrać kartę identyfikacyjną. Menu na cały miesiąc znajduje się na stronie internetowej w zakładce Rodzice. Dzieci z oddziału przedszkolnego mają długą przerwę bezpośrednio przed lunchem/po lunchu.

Czy dzieci z oddziału przedszkolnego mają leżakowanie?

Nie.

Czy dzieci z oddziału przedszkolnego uczestniczą w pełnych zajęciach tematycznych?

Tak. Podobnie jak dzieci z klas 1-5, uczniowie oddziału przedszkolnego uczestniczą w typowych codziennych zajęciach szkolnych – wychowanie fizyczne, plastyka, muzyka oraz biblioteczne centrum medialne (LMC).

Dlaczego moje dziecko musi wziąć udział w testach przedszkolnych?

Testy przedszkolne pomagają nauczycielom zidentyfikować mocne strony dziecka oraz obszary, które wymagają nauki, aby jak najlepiej zaplanować wsparcie edukacyjne.

Jaka jest średnia wielkość grupy przedszkolnej?

Okręg dokłada starań, aby docelowo większość grup K-1 miała 24 uczniów lub mniej.

Dlaczego okręg przeszedł na Program opieki całodziennego?

Korzyści, jakie daje Program opieki całodziennego

- zapewniają lepsze przygotowanie szkolne i lepszą kondycję
- większą ekspozycję na doświadczenia edukacyjne
- więcej czasu na naukę zagadnień i ich zgłębianie
- zwiększone możliwości wzbogacania i poprawy możliwości w celu zaspokojenia potrzeb uczniów
- większe możliwości interakcji z innymi dziećmi i kontaktów społecznych
- lepsze możliwości nauki na poziomie społecznym, emocjonalnym i behawioralnym
- lepsze osiągnięcia uczniów

Nie wiemy, czy zdecydować się na opiekę całodzienną, czy na pół dnia. Jakie są zalety i wady obu programów?

Program na pół dnia kontra Program opieki całodziennego	
Dzieci uczestniczą w zajęciach tylko rano.	Dzieci uczestniczą w zajęciach przez cały dzień.
Transport do szkoły jest dostępny dla tych uczniów, którzy się kwalifikują. Transport w południe jest niedostępny.	Transport do szkoły i ze szkoły jest dostępny dla tych uczniów, którzy się kwalifikują.
Uczniowie, podczas pobytu w szkole korzystają z oferowanego programu nauczania.	Pełen program nauczania w czasie przygotowania przedszkolnego obejmuje naukę czytania i pisanie, matematykę, nauki przyrodnicze, nauki społeczne, modelowanie społeczne/emocjonalne oraz zajęcia specjalne.

Skrócony kalendarz 2021/2022

Wszystkie daty kalendarzowe mogą ulec zmianie z powodu pandemii

Wydarzenie	Data
Rozpoczęcie rozgrywek IHSA – futbol/golf i inne dyscypliny	do ustalenia
Spotkanie organizacyjne dla pierwszoroczników	do ustalenia
Zapoznanie z planami zajęć w gimnazjach	do ustalenia
Szkolenie	Czwartek, 12 sierpnia 2021 r.
Dyżur nauczycielski	Piątek, 13 sierpnia 2021 r.
Dzień pracy nauczyciela, Poznaj personel od oddziału przygotowania przedszkolnego do klasy piątej	Poniedziałek, 16 sierpnia 2021 r.
Pierwszy dzień zajęć szkolnych (cały dzień)	Wtorek, 17 sierpnia 2021 r.
Dzień skróconych zajęć, od oddziału przedszkolnego do klasy 12	Piątek, 3 września 2021 r.
Święto Pracy	Poniedziałek, 6 września 2021 r.
Dzień Kolumba	Poniedziałek, 11 października 2021 r.
Szkolenie	Wtorek, 12 października 2021 r.
Koniec 1. kwartału (gimnazjum)	*Wtorek, 19 października 2021 r.
Wywiadówki, szkoła średnia (16:00-19:00)	Środa, 27 października 2021 r.
Dzień skróconych zajęć, od oddziału przedszkolnego do klasy 12	Piątek, 29 października 2021 r.
Wywiadówki, gimnazjum (16:00-19:00)	Środa, 3 listopada 2021 r.
Koniec 1. trymestru (szkoła podstawowa)	*Środa, 10 listopada 2021 r.
Dzień skróconych zajęć (klasy 6-12)	Czwartek, 11 listopada 2021 r.
Wywiadówki, klasy 6-12, (13:00-19:00)	Czwartek, 11 listopada 2021 r.
Szkolenie	Piątek, 12 listopada 2021 r.
Wywiadówki, szkoła podstawowa (16:00–19:00)	Środa, 17 listopada 2021 r.
Dzień skróconych zajęć (od oddziału przedszkolnego do klasy piątej)	Poniedziałek, 22 listopada 2021 r.
Wywiadówki, szkoła podstawowa (13:00-19:00)	Poniedziałek, 22 listopada 2021 r.
Dzień wolny od zajęć	Środa, 24 listopada 2021 r.
Święto Dziękczynienia	Czwartek, 25 listopada 2021 r.
Dzień wolny od zajęć	Piątek, 26 listopada 2021 r.
Koniec 2. kwartału (gimnazjum)/1. semestru (liceum)	*Środa, 22 grudnia 2021 r.
Szkolenie	Czwartek, 23 grudnia 2021 r.
Przerwa zimowa	24 grudnia 2021 r. – 7 stycznia 2022 r.
Wznowienie zajęć	Poniedziałek, 10 stycznia 2022 r.
Dzień Martina Luthera Kinga	Poniedziałek, 17 stycznia 2022 r.
Dzień skróconych zajęć, od oddziału przedszkolnego do klasy 12	Czwartek, 17 lutego 2022 r.
Szkolenie	Piątek, 18 lutego 2022 r.
Dzień Prezydentów	Poniedziałek, 21 lutego 2022 r.
Koniec 2. trymestru (szkoła podstawowa)	*Piątek, 25 lutego 2022 r.
Dzień skróconych zajęć, od oddziału przedszkolnego do klasy 12	Środa, 2 marca 2022 r.
Koniec 3. kwartału (gimnazjum)	*Środa, 16 marca 2022 r.
Przerwa wiosenna	28 marca - 1 kwietnia 2022 r.
Dzień wolny od zajęć	Piątek, 15 kwietnia 2022 r.
Dzień skróconych zajęć, oddział przedszkolny – 8. klasy	Piątek, 13 maja 2022 r.
Dzień skróconych zajęć, od oddziału przedszkolnego do klasy 12	Piątek, 20 maja 2022 r.
Zakończenie roku	do ustalenia
Ostatni dzień szkoły	Piątek, 27 maja 2022 r. 6 czerwca - uwzględniając dni dodatkowe
Dzień Pamięci	Poniedziałek, 30 maja 2022 r.
Rozpoczęcie Letniej Szkoły 2022	do ustalenia

Zatwierdzono 28.01.2021

Aktualizacja 05.02.2021*

BADANIA PRZESIEWOWE DLA UCZNIÓW Z ODDZIAŁU PRZYGOTOWANIA PRZEDSZKOLNEGO NA ROK SZKOLNY 2021/2022

Szanowni rodzice lub opiekunowie,

Okręg 95 będzie przeprowadzać badania przesiewowe u wszystkich nowych uczniów z oddziału przygotowania przedszkolnego. Informacje zebrane w ramach tych ocen pozwolą nauczycielom przedszkolnym lepiej zrozumieć rozwój Państwa dziecka przed rozpoczęciem nauki w szkole. Badanie przesiewowe obejmuje ocenę uczniów w dziedzinie **rozwoju języka, gotowości do czytania oraz wzroku / słuchu**.

Informacje z badań przesiewowych w przedszkolu będą dostępne później, wiosną tego roku. Szkoła Państwa dziecka skontaktuje się z Państwem w celu uzyskania i przekazania dalszych informacji.



Pytania? Obawy?

Nie wiedzą Państwo, do jakiej szkoły będzie uczęszczać Państwa dziecko? Proszę skontaktować się z Działem Transportu Okręgu 95 pod numerem 847- 438-2834 lub wysłać e-mail na adres Feedback@lz95.org . W przypadku innych pytań prosimy o kontakt ze szkołą podstawową Państwa dziecka.

Szkoła podstawowa May Whitney
847-438-2351

Szkoła podstawowa Isaac Fox
847-540-7020

Szkoła podstawowa Spencer Loomis
847-719-3300

Szkoła podstawowa Seth Paine
847-438-2163

Szkoła podstawowa Sarah Adams
847-438-5986

Letnie możliwości nauki:

- ❖ **Rozpoczęcie przygotowania przedszkolnego**
- ❖ **Rozpoczęcie dwujęzycznego przygotowania przedszkolnego z językiem hiszpańskim**

Letnia Szkoła to kurs mający na celu pomoc uczniom w zdobyciu umiejętności związanych z gotowością szkolną w roku szkolnym 2021/22.

Podczas zajęć skupimy się na umiejętności słuchania, postępowania według wskazówek, sztuce, muzyce, wychowaniu fizycznym, motoryce małej i dużej, matematyce, naukach ścisłych i czytaniu. W zajęciach tych mogą wziąć udział uczniowie, którzy w sierpniu 2021 r. rozpoczną przygotowanie przedszkolne.



TERMIN: Zostanie opublikowany w internecie w połowie marca

Program do południa poniedziałek - czwartek

Transport jest dostępny

Rejestracja rozpoczyna się na początku kwietnia

na www.lz95.org

Liczba miejsc jest ograniczona - prosimy nie zwlekać z zapisem!

ZAGUBIONE LUB SKRADZONE KARTY IDENTYFIKACYJNE UCZNIĄ

W przypadku zgubienia lub kradzieży karty uczeń powinien powiadomić o tym sekretariat szkoły oraz pracowników stołówki.

Okręg szkolny nie ponosi odpowiedzialności za zakupy dokonane za pomocą zgubionych lub skradzionych kart niezależnie od tego, czy zostało to zgłoszone, czy nie. Uczeń, który bez pozwolenia korzysta z karty innej osoby, podlega postępowaniu zgodnie z procedurami i zasadami dotyczącymi zachowania uczniów obowiązującymi w okręgu.

Uczeń, który nie posiada karty, musi otrzymać kartę zastępczą w sekretariacie szkoły. Za karty zastępcze dla uczniów gimnazjów i liceów pobierana jest opłata.

SALDO KONTA NA KONIEC ROKU

Pieniądze pozostałe na koncie ucznia na koniec roku pozostają do wykorzystania w roku następnym. Do kwoty pozostałej na rachunku nie są doliczane odsetki.

W przypadku uczniów kończących szkołę lub przenoszących się do innego okręgu zwrotowi podlega saldo powyżej 10 USD. Aby otrzymać zwrot, należy wysłać pisemną prośbę pod adres businessoffice@lz95.org. Czek zostanie wysłany pocztą na adres stałego zamieszkania wskazany w aktach ucznia. Nie udzielamy zwrotów gotówkowych, więc zachęcamy uczniów opuszczających okręg do wykorzystania środków na karcie, jeżeli saldo spadło poniżej 10 USD. Salda można również przenieść do innego

Często Zadawane Pytania

Czy muszę utworzyć konto, jeżeli nie będę go zasiląć poprzez PushCoin?

Choć nie jest to obowiązkowe, założenie konta PushCoin umożliwia otrzymywanie automatycznych powiadomień e-mail o transakcjach zakupu lunchu przez dziecko oraz o niskim saldzie.

Jak szybko otrzymam kartę zastępczą?

Po złożeniu wniosku w sekretariacie szkoły nowa karta może zostać wydana w ciągu 24-48 godzin.

Czy ktoś inny może korzystać z mojej karty?

Nie. Każdy uczeń jest zobowiązany do posiadania odrębnego konta.

Moje dziecko kwalifikuje się do zmniejszonych opłat za lunch. Czy może korzystać z systemu POS?

Tak. Wszelkie informacje o kwalifikacji do programu darmowego wyżywienia i obniżonych opłat za wyżywienie są w bezpieczny i poufny sposób przekazywane do systemu PushCoin. Na ekranie nie będzie widać, że uczeń korzysta z tych programów. Rodzina kwalifikująca się do programu darmowego wyżywienia, która nie planuje dodawać własnych funduszy do konta dziecka i tak powinna założyć konto, aby odbierać wiadomości e-mail dotyczące transakcji zakupu lunchu przez dziecko.



Ważne informacje o

Usługi gastronomiczne i program obiadów dla uczniów





ŻYWIENIE ZBIOROWE

Wspólnota Okręgu Szkolnego 95 oferuje program żywienia zbiorowego obejmujący lunch podawany na ciepło. Usługi świadczy firma Sodexo Food Service. Menu są publikowane co miesiąc, a łącze do menu obiadowych jest dostępne na stronie internetowej Okręgu 95 w zakładkach „Rodzice” i „Uczniowie”. Dostępne są tu również informacje o wartościach odżywczych oraz dane kontaktowe firmy Sodexo.

OGÓLNOKRAJOWY PROGRAM LUNCH W SZKOLE

Rodziny są uprawnione do darmowego wyżywienia lub lunchu po obniżonej cenie na podstawie kryteriów kwalifikowalności Ogólnokrajowego programu lunch w szkole (National School Lunch Program – NSLP). Wnioski o darmowe wyżywienie lub lunch po obniżonej cenie należy składać co roku. Formularze są dostępne na stronie internetowej okręgu w dziale Oddziały> Działalność biznesowa i operacje> Darmowe wyżywienie i lunch po obniżonej cenie oraz zwolnienia z opłat

KOSZT LUNCHU

Posiłek obejmuje danie główne, mleko oraz owoce/warzywa. Dania z karty są dostępne za dodatkową opłatą.

WIĘCEJ INFORMACJI

Prosimy o kontakt z Peggy Freund lub Kathy Taylor, głównym menedżerem w Sodexo, pod numerem 847-540-4247.

SYSTEM PUNKTÓW SPRZEDAŻY W STOŁÓWCE

Nasze stołówki są wyposażone w system punktów sprzedaży (POS), który stosuje opcję płatności bezgotówkowych (numer identyfikatora ucznia / karta ucznia itp.), co przyspiesza obsługę.

JAKIE SĄ KORZYŚCI?

Płatności bezgotówkowe przyspieszają obsługę uczniów w stołówce, dzięki czemu mają oni więcej czasu na zjedzenie posiłku. Uczniowie i rodzice korzystają z dogodności, jaką jest brak konieczności pamiętania codziennie o pieniądzach na lunch. Dodatkową korzyścią dla uczniów jest bezpieczeństwo, ponieważ nie muszą nosić przy sobie gotówki na co dzień.

JAK TO DZIAŁA?

Gdy uczeń posiada środki na koncie, podchodzi do kasy z posiłkiem. Kasjer wbija produkty na kasę, a następnie uczeń wykorzystuje do zapłaty numer identyfikatora ucznia / kartę ucznia. System POS rozpoznaje ucznia i pozwala mu zakupić lunch. Koszt lunchu zostaje potrącony z konta ucznia.

JAK UTWORZYĆ I ZASIŁIĆ KONTO?

Link do programu PushCoin znajduje się na stronie internetowej Okręgu 95 (www.lz95.org) w zakładce Rodzice (Parents) -> PushCoin. Do założenia konta potrzebne są imię i nazwisko ucznia oraz unikalny kod rejestracyjny. Można poprosić o unikalny kod rejestracyjny, wysyłając wiadomość e-mail do naszego wydziału biznesowego na adres businessoffice@lz95.org. Konto do zakupu lunchu przez ucznia można zasilić środkami na wiele sposobów.

♦ CZEK ELEKTRONICZNY

Opcja zasilenia konta za pośrednictwem e-Czeku jest bezpłatna i dostępna na stronie internetowej PushCoin. Wymagane będzie podanie kodu banku (Routing Number) oraz numeru konta z czeku. Minimalna kwota to 35 USD.

♦ KARTA KREDYTOWA

Na stronie internetowej PushCoin można korzystać z kart Visa, MasterCard lub Discover. Do kwoty dodawana jest opłata manipulacyjna. Rodzice korzystający z karty kredytowej są powiadamiani o całkowitym koszcie przed wysłaniem przelewu, mają więc możliwość anulowania transakcji i wyboru innej metody zasilenia konta. (Po dodaniu środków do konta można przenieść je na konto innego ucznia bez ponoszenia dodatkowej opłaty manipulacyjnej). Minimalna kwota to 35 USD.

♦ CZEK

Konto można zasilić również standardowym czekiem wypisanym na rzecz Lake Zurich CUSD 95 przesłanym do sekretariatu szkoły podstawowej lub do kasy w gimnazjum lub liceum. Należy pamiętać, aby zamieścić dopisek: Lunch – <Imię i nazwisko ucznia>. Należy pamiętać, że między otrzymaniem czeku i pojawieniem się środków na koncie może upłynąć trochę czasu. Za odrzucone czeki doliczana jest dodatkowa opłata 25 USD.

JAK DOWIEM SIĘ O NISKIM SALDZIE?

Rodzice, którzy utworzyli konto PushCoin, będą otrzymywali codziennie wiadomości e-mail, zawierające informacje o zakupach ich dziecka oraz saldo konta. E-maile będą wysyłane, gdy saldo spadnie poniżej 15 USD. Konta o ujemnym lub zerowym saldzie mogą zostać odrzucone.

LISTA KONTROLNA REJESTRACJI DO ODDZIAŁU PRZYGOTOWANIA PRZEDSZKOLNEGO
ROK SZKOLNY 2021/2022

DOKUMENT	RODZICE MAJĄ ZACHOWAĆ	POWRÓT DO SZKOŁY	TERMIN
List powitalny od Kuratora oświaty	✓		
Skrócony kalendarz okręgowy 2021/22	✓		
Lista materiałów szkolnych (dostępna wiosną online)	✓		
Podręcznik przedszkola	✓		
List powitalny Dyrektora	✓		
Ulotka dot. wyżywienia	✓		
Często zadawane pytania dotyczące przedszkola	✓		
Formularz rejestracji nowego ucznia		✓	Aktualnie wymagane
Ankieta dotycząca języka domowego		✓	Aktualnie wymagane
Formularz zgody rodziców		✓	Aktualnie wymagane
Inicjatywa mobilnej nauki (Mobile Learning Initiative)		✓	Aktualnie wymagane
Dopuszczone formy potwierdzenia miejsca zamieszkania	✓		
Formularz weryfikacji miejsca zamieszkania		✓	Aktualnie wymagane
Faktura		✓	Aktualnie wymagane
Formularz transportowy		✓	JAK NAJSZYBCIEJ - nie później niż 15 czerwca
Pakiet informacji medycznych		✓	JAK NAJSZYBCIEJ - nie później niż 15 sierpnia



WAŻNE DATY DO ZAPAMIĘTANIA

Początek kwietnia - rejestracja w przedszkolu (więcej informacji można znaleźć na stronie internetowej okręgu)

15 czerwca - termin wysyłania formularzy transportowych

15 sierpnia - termin składania formularzy medycznych

17 sierpnia - pierwszy dzień zajęć szkolnych

UCZEN	Nazwisko ucznia	Imię	Drugie imię	Pseudonim (opcjonalnie)	Rasa: Wybrać jedną lub więcej. Instrukcje na odwrocie. ☐ 12 - Rdzenny Amerykanin lub rdzenny mieszkaniec Alaski ☐ 13 - Azjatycka ☐ 14 - Czarna lub afroamerykańska ☐ 15 - Rdzenny Hawajczyk lub inny rdzenny mieszkaniec wysp na Pacyfiku ☐ 16 - Biała	Czy chcą Państwo, aby dane kontaktowe Państwa dziecka zostały przekazane wojskowym ośrodkom rekrutacyjnym? (Tylko w przypadku uczniów szkoły średniej) ☐ TAK ☐ NIE
	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Stan urodzenia	Kraj urodzenia		Czy chcą Państwo, aby informacje kontaktowe Państwa dziecka zostały udostępnione instytucjom szkolnictwa wyższego? (Tylko w przypadku uczniów szkoły średniej) ☐ TAK ☐ NIE
	Klasa Jeżeli przedszkole, czy jest to opieka całodzienna czy do południa? ☐ Opieka całodzienna ☐ Pół dnia (rano)	Płeć ☐ Mężczyzna ☐ Kobieta	Grupa etniczna osoba hiszpańskojęzyczna/Latynos? ☐ TAK ☐ NIE			
	Chcę, aby informacje kontaktowe znajdowały się w książce PTO Buzz Book (katalog), która może być w formie papierowym i/lub cyfrowym. ☐ TAK ☐ NIE			Moje dziecko ma w domu dostęp do internetu, na wypadek konieczności wykonania zadania domowego przez internet ☐ TAK ☐ NIE		Czy rodzic/opiekun odbywa czynną służbę wojskową? ☐ TAK ☐ NIE
	Czy uczeń jest obecnie objęty jednym z poniższych rozwiązań? (jeśli tak, proszę dostarczyć kopie z potwierdzeniem) IEP (Zindywidualizowany program edukacyjny) lub ISP (Zindywidualizowany program usług)? ☐ TAK ☐ NIE Plan 504? ☐ TAK ☐ NIE					Czy rodzic/opiekun zostanie oddelegowany do czynnej służby wojskowej w ciągu następnych 12 miesięcy? ☐ TAK ☐ NIE
	Czy dziecko było kiedykolwiek zapisane do szkoły w okręgu 95 (dotyczy to wczesnej edukacji, rozwoju mowy i Małych przywódców)?					Imiona rodzeństwa we wspólnocie CUSD nr 95
Jestem chętny/a do współpracy z okręgiem w celu dostarczenia informacji o mojej karierze / zawodzie, aby pomóc okręgowi w przedstawieniu uczniom szerszych możliwości kształtowania przyszłej kariery zawodowej. ☐ TAK ☐ NIE						

RODZIC/OPIEKUN	Imię i nazwisko rodzica/opiekuna (wpisać tylko jedno imię)		Relacja z uczniem		Telefon domowy		Czy można dzwonić na ten numer w nagłych sytuacjach za pośrednictwem systemu School Messenger (okręgowy system wybierania automatycznego)? Federalna komisja ds. komunikacji (FCC) wymaga (poprzez Ustawę ochrony komunikacji telefonicznej - TCPA), aby wszelkie połączenia wykonywane na telefony komórkowe wymagały wcześniejszej wyraźnej zgody.
	Adres ulicy		Nr lokalu		Miasto, Stan, Kod pocztowy		
	Nazwa jednostki terytorialnej:						
	Czy to taki sam adres, jak adres ucznia? ☐ TAK ☐ NIE		Adres e-mail: _____		---DLA TELEFONÓW KOMÓRKOWYCH---		
	Czy jest Pan/Pani rodzicem zastępczym ucznia? ☐ TAK ☐ NIE		Zawód		Czy możemy wysłać wiadomości SMS na ten numer? ☐ TAK ☐ NIE		Telefon komórkowy 1 ☐ TAK ☐ NIE
	Preferowany język korespondencji, jeżeli inny niż j. angielski:		Pracodawca		Telefon komórkowy 2 ☐ TAK ☐ NIE		Telefon do odbierania wiadomości 2 ☐ TAK ☐ NIE

RODZIC/OPIEKUN	Imię i nazwisko rodzica/opiekuna (wpisać tylko jedno imię)		Relacja z uczniem		Telefon domowy		Czy można dzwonić na ten numer w nagłych sytuacjach za pośrednictwem systemu School Messenger (okręgowy system wybierania automatycznego)? Federalna komisja ds. komunikacji (FCC) wymaga (poprzez Ustawę ochrony komunikacji telefonicznej - TCPA), aby wszelkie połączenia wykonywane na telefony komórkowe wymagały wcześniejszej wyraźnej zgody.
	Adres ulicy		Nr lokalu		Miasto, Stan, Kod pocztowy		
	Nazwa jednostki terytorialnej:						
	Czy to taki sam adres, jak adres ucznia? ☐ TAK ☐ NIE		Adres e-mail: _____		---DLA TELEFONÓW KOMÓRKOWYCH---		
	Czy jest Pan/Pani rodzicem zastępczym ucznia? ☐ TAK ☐ NIE		Zawód		Czy możemy wysłać wiadomości SMS na ten numer? ☐ TAK ☐ NIE		Telefon komórkowy 1 ☐ TAK ☐ NIE
	Preferowany język korespondencji, jeżeli inny niż j. angielski:		Pracodawca		Telefon komórkowy 2 ☐ TAK ☐ NIE		Telefon do odbierania wiadomości 2 ☐ TAK ☐ NIE

KONTAKT W NAGŁYCH PRZYPADKACH				
Podać maksymalnie trzy. Proszę podać co najmniej jeden lokalny kontakt. Nie należy zaliczać osób wymienionych powyżej jako rodzica / opiekuna.				
Imię i nazwisko	Telefon domowy	Telefon komórkowy	Telefon służbowy	Pokrewieństwo

MIEJSCE ZAMIESZKANIA				
Proszę odpowiedzieć na następujące pytania.				
1) Czy rodzice ucznia są po rozwodzie lub w separacji? ☐ TAK – (wybrać jedno): Rozwód/separacja ☐ NIE Jeżeli „tak”: a. Kto sprawuje opiekę nad dzieckiem? ☐ Matka ☐ Ojciec ☐ Wspólna opieka b. Jeżeli rodzice wspólnie sprawują opiekę nad dzieckiem, który rodzic gwarantuje dziecku stałe miejsce zamieszkania? (tj. w miejscu zamieszkania którego rodzica dziecko zwyczajowo nocuje?) _____	Oplaty rejestracyjne			
	Wczesna edukacja	50 USD	Wpłacone przez _____ czek _____ online _____ inne	
	Od oddziału przygotowania przedszkolnego do klasy 5	75 USD		
	Klasy 6-8	100 USD		
	Klasy 9-12	140 USD		
2) Czy uczeń mieszka z osobą niebędącą jego rodzicem? ☐ TAK ☐ NIE Jeżeli „tak”, jakie jest Pana/Pani pokrewieństwo z dzieckiem? _____			TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO - wer. 1/2020 Wprowadzono do eSchool - Przez _____ Data _____	
3) Czy uczeń jest bezdomny? ☐ TAK ☐ NIE Jeżeli „tak”: a. Czy uczeń mieszka obecnie w okręgu szkolnym? ☐ TAK ☐ NIE b. Do jakiego okręgu szkolnego uczeń uczęszczał ostatnio? _____ c. Do jakiego okręgu szkolnego uczęszczał uczeń, gdy miał ostatnie stałe miejsce zamieszkania? _____				

Miejsce zamieszkania

Jeżeli uczeń zostanie rozpoznany jako osoba spoza Okręgu, która powinna płacić chesne, osoba zapisująca go do szkoły będzie odpowiedzialna za opłacenie chesnego dla ucznia spoza Okręgu, poczwwszy od daty rozpoczęcia nauki w szkole. Osoba, która świadomie zapisuje lub pomaga w zapisaniu do Okręgu Szkolnego na zasadzie chesnego ucznia, który wedle wiedzy danej osoby, jest spoza Okręgu, popełnia wykroczenie klasy C, z wyłączeniem sytuacji określanych przez prawo stanowe (105 ILCS 5/10-20.12b(e)). Osoba, która świadomie i z premedytacją przedkłada Okręgowi Szkolnemu fałszywe informacje dotyczące miejsca zamieszkania ucznia celem umożliwienia mu uczęszczania do szkoły w Okręgu celem uniknięcia opłaty chesnego obowiązującego osoby niebędące mieszkańcami popełnia wykroczenie klasy C (105 ILCS 5/10-20.12b(f)). (Polityka zarządu 7:60, Miejsce zamieszkania.)

Przeczytałem(-am) i zrozumiałem(-am) oświadczeniez tytu formularza dotyczące kar za składanie fałszywych.

✕

Podpis Rodzica / Opiekuna
Data

Instrukcje dotyczące rasy i grupy etnicznej

Na mocy rozporządzeń władz federalnych i stanowych mamy obowiązek zgłaszać rasę i grupę etniczną każdego ucznia dla obecnego roku szkolnego. Jeżeli taka informacja nie zostanie przekazana Dystryktowi 95 członek kadry ma obowiązek uzupełnić brakujące dane na podstawie obserwacji. W przypadku pytań prosimy o kontakt ze szkołą ucznia. Należy skorzystać z następujących opisów, by zgłosić swoją rasę i grupę etniczną zgodnie z nowymi opisami władz federalnych i stanowych.

Grupa etniczna:

- Hispan lub Latynos (Osoba o pochodzeniu kubańskim, meksykańskim, portorykańskim, południowo- lub środkowo-amerykańskim lub hiszpańskim, bez względu na rasę.)

Rasa:

- Rdenny Amerykanin lub rdenny mieszkaniec Alaski (Osoba mająca swoje korzenie wśród rdzennych mieszkańców Północnej lub Południowej Ameryki, w tym Ameryki Środkowej, która podtrzymuje przynależność plemienną lub jest przywiązana do swojej społeczności.)
- Azjatycka (Osoba mająca swoje korzenie wśród mieszkańców Dalekiego Wschodu, Azji południowo-wschodniej oraz subkontynentu indyjskiego, w tym, przykładowo Kambodży, Chin, Indii, Japonii, Korei, Malezji, Pakistanu, Filipin, Tajlandii i Wietnamu.)
- Czarna lub afroamerykańska (Osoba mająca swoje korzenie w dowolnej czarnej grupie rasowej Afryki.)
- Rdenny mieszkaniec Hawajów lub mieszkaniec Wysp Pacyfiku (Osoba mająca swoje korzenie wśród rdzennych mieszkańców Hawajów, Guamu, Samoa lub innych Wysp Pacyfiku.)
- Biała (Osoba mająca swoje korzenie wśród rdzennych mieszkańców Europy, Środkowego Wschodu i Afryki Północnej.)

Ankieta dotycząca języka stosowanego w domu

Stan wymaga, aby dystrykt zbierał ankiety dotyczącą języka stosowanego w domu dla każdego nowego ucznia. Informacje te służą do liczenia uczniów, których rodziny mówią w domu w języku innym niż angielski. Pomaga również zidentyfikować uczniów, którzy muszą zostać poddani ocenie pod kątem znajomości języka angielskiego.

Odpowiedz na poniższe pytania i zwróć ankietę do szkoły Twojego dziecka.

Imię i nazwisko ucznia: _____

1. Czy w Twoim domu mówi się innym językiem niż angielski?

TAK ____ Nie ____

Jaki to język? _____

2. Czy Twoje dziecko mówi językiem innym niż angielski?

TAK ____ Nie ____

Jaki to język? _____

Jeśli odpowiedź na którekolwiek z pytań jest twierdząca, prawo wymaga, aby szkoła oceniła znajomość języka angielskiego Twojego dziecka.

Podpis rodzica / opiekuna prawnego

Data

FORMULARZ ZGODY RODZICÓW

Nazwisko ucznia _____ Klasa _____

Szkoła _____ Rok szkolny _____

Szanowni Rodzice / Opiekunowie i Uczniu:

Formularz ten pozwala wyrazić zgodę na określone elementy dotyczące zapisów dziecka do Okręgu Szkolnego Nr 95 Lake Zurich Community Unit, w tym między innymi na opłaty za czeki zwrócone z powodu niewystarczającej ilości środków, zgodę na przestrzeganie *Polityki dostępu do sieci elektronicznych*, i wykonywanie zdjęć. Ten dokument zawiera krótkie podsumowanie tych pozycji i odnosi się do odpowiednich polityk Rady. Wszystkie polityki Zarządu są dostępne na stronie internetowej Okręgu www.lz95.org. Możesz również poprosić o wydrukowaną kopię tych polityk, kontaktując się z dyrektorem placówki. Podpisując się poniżej, potwierdzasz, że przeczytałeś obowiązujące polityki Zarządu.

Sprawdź politykę dotyczącą wypisywania czeków i windykacji

W wyniku zwiększonych kosztów pobierania czeków NSF, Okręg 95 korzysta teraz z usług agencji zewnętrznych w odzyskiwaniu zwróconych czeków. Za wszelkie kontrole NSF zostanie pobrana dodatkowa opłata manipulacyjna w wysokości 25 USD (lub maksymalna dozwolona przez prawo). Ponadto Okręg korzysta z usług agencji zewnętrznych do pobierania wszelkich niezapłaconych opłat, które są przeterminowane ponad 30 dni. Okręg pobierze opłatę manipulacyjną w wysokości 25 USD (lub maksymalną dozwoloną przez prawo) za każde konto wskazane do windykacji należności w imieniu Okręgu. (Polityka zarządu 4:45, *Czeki w przypadku niewystarczającej ilości środków*.)

☐ Przeczytałem i rozumiem powyższe zasady dotyczące wypisywania czeków i windykacji należności.**Elektroniczny dostęp do sieci****Rozdział wymagający podpisu ucznia**

Przeczytałem, rozumiem i zgadzam się przestrzegać Okręgowego *upoważnienia do dostępu do Okręgowych Sieci Elektronicznych*. Rozumiem, że Okręg korzysta z dostępu do sieci, który jest przeznaczony wyłącznie do celów edukacyjnych i że powziął środki ostrożności w celu usunięcia kontrowersyjnych materiałów. Jednak zdaję sobie również sprawę, że Okręg nie może ograniczyć dostępu do wszystkich kontrowersyjnych i nieodpowiednich materiałów. Rozumiem, że nie mogę oczekiwać prywatności w przypadku jakichkolwiek materiałów, które są przechowywane, przesyłane lub odbierane za pośrednictwem sieci elektronicznej Okręgu lub komputera Okręgu. Ponadto rozumiem, że Okręg i / lub jego przedstawiciele mogą uzyskiwać dostęp i monitorować moje korzystanie z Internetu, w tym moją pocztę e-mail i pobrane materiały, bez wcześniejszego powiadomienia mnie. Rozumiem ponadto, że jeśli popełnię jakiegokolwiek naruszenie, moje przywileje dostępu mogą zostać cofnięte, a szkoła może podjąć działania dyscyplinarne i / lub odpowiednie kroki prawne. W zamian za korzystanie z połączenia z siecią elektroniczną Okręgu i posiadanie dostępu do sieci publicznych, niniejszym zwalnim Okręg Szkolny i członków jego Zarządu, pracowników i agentów z odpowiedzialności za wszelkie roszczenia i szkody wynikające z mojego korzystania lub niemożności korzystania z Internetu. (Polityka Zarządu 6: 235, *Dostęp do sieci elektronicznych*.)

Imię i nazwisko ucznia (*prosimy wpisać drukowanymi literami*)_____
Podpis ucznia_____
Data

Rozdział wymagający podpisu rodzica

* Uczniowie muszą poprosić rodzica / opiekuna o przeczytanie i wyrażenie zgody na następujące postanowienia:

- ☐ Przeczytałem niniejsze *upoważnienie do dostępu do okręgowych sieci elektronicznych*. Rozumiem, że Okręg utworzy konta dla mojego dziecka zgodnie z wymogami uczestnictwa w programie nauczania. Konta te mogą być używane wyłącznie do celów szkolnych i obejmują między innymi identyfikator Apple ID ucznia oraz Google Apps dla Szkół i Uczelni. Rozumiem, że Okręg korzysta z dostępu do sieci, który jest przeznaczony wyłącznie do celów edukacyjnych i że powziął środki ostrożności w celu usunięcia kontrowersyjnych materiałów. Jednak zdaję sobie również sprawę, że Okręg nie może ograniczyć dostępu do wszystkich kontrowersyjnych i nieodpowiednich materiałów. W związku z tym zwalnam Okręg, jego pracowników, agentów lub członków Zarządu z odpowiedzialności za wszelkie szkody wyrządzone mojemu dziecku z powodu materiałów lub oprogramowania uzyskanego za pośrednictwem sieci elektronicznej Okręgu lub umieszczonych w tej sieci. Przyjmuję pełną odpowiedzialność za nadzór nad tym jak i kiedy moje dziecko używa tego dostępu poza szkołą. Omówiłem warunki tego *upoważnienia* z moim dzieckiem. (Polityka Zarządu 6: 235, *Dostęp do sieci elektronicznych*).

REALIZACJA ZDJĘĆ / FILMÓW

Uczniowie i prace uczniów mogą czasami pojawiać się na zdjęciach i nagraniach wykonanych przez pracowników Okręgu, innych uczniów lub inne osoby upoważnione przez administratora Okręgu, dyrektora placówki lub wyznaczoną osobę. Okręg może wykorzystywać te zdjęcia i nagrania, bez identyfikowania ucznia, w różnych publikacjach, w tym w rocznikach szkolnych, gazetach szkolnych i na stronie internetowej Okręgu.

Czasami Okręg może chcieć zidentyfikować ucznia lub jego pracę w publikacji. Na przykład Okręg może chcieć wyrazić uznanie dla uczniów, którzy uczestniczą w zajęciach szkolnych lub zasługują na szczególne uznanie, w tym w informacjach prasowych lub materiałach sponsorowanych przez Okręg, publikacjach, nagraniach lub na stronie internetowej. **Aby Okręg mógł opublikować zdjęcie lub nagranie ucznia lub pracy ucznia w czasie, gdy uczeń jest zapisany do Okręgu, rodzic / opiekun ucznia musi podpisać poniższy formularz zgody lub w inny sposób wyrazić zgodę.**

Podpisując się poniżej, rozumiem, że wyrażam zgodę na wykorzystanie przez Okręg pełnego imienia i nazwiska, zdjęcia lub obrazu wideo, głosu, wypowiedzi, pracy lub pisma mojego dziecka; zidentyfikowanie moje dziecko; i wskazanie szkoły, do której uczęszcza moje dziecko, w jakimkolwiek materiale, publikacji, nagraniu lub witrynie internetowej sponsorowanej przez Okręg. Formularz zgody jest ważny tylko przez rok szkolny, w którym został podpisany. Zgoda musi być udzielana corocznie. Rozumiem, że mogę cofnąć tę zgodę w dowolnym momencie, powiadamiając pisemnie Dyrektora Placówki.

Rozumiem ponadto, że chociaż Okręg ogranicza dostęp do budynków szkolnych fotografom z zewnątrz, nie ma kontroli nad mediami informacyjnymi ani innymi podmiotami, które mogą publikować zdjęcia imienne lub anonimowe ucznia z imprez szkolnych.

☐ Wyrażam zgodę.

☐ Nie wyrażam zgody.

Imię rodzica / opiekuna: _____

Data: _____

Wydrukuj

Podpis rodzica/opiekuna: _____



AKCEPTOWANE DOKUMENTY DOWODU ZAMIESZKANIA

Do weryfikacji miejsca zamieszkania wymagane są trzy dokumenty. Należy przedstawić dowód zamieszkania w Okręgu 95 Wspólnoty Lake Zurich, przedstawiając jeden dokument z Kategorii I **ORAZ** dwa dokumenty z Kategorii II.

KATEGORIA I (wymagany JEDEN dokument)

Właściciele domów:

- Ostatnie rozliczenie podatku od nieruchomości
- Aktualne oświadczenie hipoteczne lub dokumenty hipoteczne / dokumenty zamknięcia hipoteki (w przypadku zamknięcia w ciągu ostatnich 60 dni)

Najemcy:

- Umowa najmupodpisana i opatrzona datą oraz dowód wpłaty za ostatni miesiąc (zrealizowany czek lub paragon)
- Formularz „*Letter of Residence from Landlord in Lieu of Lease*” (dostępny na stronie internetowej Okręgu 95) i dowód wpłaty za ostatni miesiąc (zrealizowany czek lub pokwitowanie)
- Letter of Residence *ma zastosowanie, gdy osoba starająca się o zapisanie ucznia mieszka z osobą z Okręgu* (dostępny na stronie internetowej Okręgu 95)

KATEGORIA II (wymagane DWA dokumenty)

Każdy dokument musi posiadać aktualny adres:

- Prawo jazdy
- Rejestracja pojazdu
- Rejestracja wyborcy
- Ostatni wyciąg z karty kredytowej
- Aktualna karta pomocy publicznej
- Obecna polisa ubezpieczeniowa właścicieli / najemców domów i pokwitowanie opłacenia składki
- Najnowsze rachunki za gaz, prąd i wodę (rachunki za telefon komórkowy nie są akceptowane)
- Paragon za wynajem furgonetki do przeprowadzki

WAŻNE: Okręg 95 zastrzega sobie prawo do oceny przedstawionych dowodów, a samo przedstawienie wymienionych pozycji nie gwarantuje przyjęcia.

OSTRZEŻENIE: Jeżeli uczeń zostanie rozpoznany jako osoba spoza Okręgu, która powinna płacić czesne, osoba zapisująca go do szkoły będzie odpowiedzialna za opłacenie czesnego dla ucznia spoza Okręgu, począwszy od daty rozpoczęcia nauki w szkole.

Osoba, która świadomie zapisuje lub pomaga w zapisaniu do Okręgu Szkolnego na zasadzie czesnego ucznia, który wedle wiedzy danej osoby, jest spoza Okręgu, popełnia wykroczenie klasy C, z wyłączeniem sytuacji określanych przez prawo stanowe (105 ILCS 5/10-20.12b(e)).

Osoba, która świadomie i z premedytacją przedkłada Okręgowi Szkolnemu fałszywe informacje dotyczące miejsca zamieszkania ucznia celem umożliwienia mu uczęszczania do szkoły w Okręgu celem uniknięcia opłaty czesnego obowiązującego osoby niebędące mieszkańcami popełnia wykroczenie klasy C (105 ILCS 5/10-20.12b(f)).

FORMULARZ WERYFIKACJI ZAMIESZKANIA
Rok szkolny 2021-22

Adres ulicy

Miasto, stan, kod pocztowy

Imię i nazwisko ucznia

Data urodzenia

Klasa

Szkoła

Imię i nazwisko ucznia

Data urodzenia

Klasa

Szkoła

Imię i nazwisko ucznia

Data urodzenia

Klasa

Szkoła

Imię i nazwisko ucznia

Data urodzenia

Klasa

Szkoła

Imię i nazwisko ucznia

Data urodzenia

Klasa

Szkoła

Imię i nazwisko ucznia

Data urodzenia

Klasa

Szkoła

Oświadczenie o miejscu zamieszkania

Jeżeli uczeń zostanie rozpoznany jako osoba spoza Okręgu, która powinna płacić chesne, osoba zapisująca go do szkoły będzie odpowiedzialna za opłacenie chesnego dla ucznia spoza Okręgu, począwszy od daty rozpoczęcia nauki w szkole.

Osoba, która świadomie zapisuje lub pomaga w zapisaniu do Okręgu Szkolnego na zasadzie chesnego ucznia, który wedle wiedzy danej osoby, jest spoza Okręgu, popełnia wykroczenie klasy C, z wyłączeniem sytuacji określanych przez prawo stanowe (105 ILCS 5/10-20.12b(e)).

Osoba, która świadomie i z premedytacją przedkłada Okręgowi Szkolnemu fałszywe informacje dotyczące miejsca zamieszkania ucznia celem umożliwienia mu uczęszczania do szkoły w Okręgu celem uniknięcia opłaty chesnego obowiązującego osoby niebędące mieszkańcami popełnia wykroczenie klasy C (105 ILCS 5/10-20.12b(f)). (*Polityka zarządu 7:60, Miejsce zamieszkania.*)

Przeczytałem i zrozumiałem powyższe oświadczenie dotyczące kar za fałszowanie informacji o miejscu zamieszkania.

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna (*prosimy wpisać drukowanymi literami*)

Data

Podpis Rodzica / Opiekuna

< < < **WIĘCEJ NA ODWROCIE** > > >

DOSTĘP/ZAPOZNANIE SIĘ Z PODRĘCZNIKIEM RODZICA I UCZNIA

Rok szkolny 2021-22

Podręcznik rodzica i ucznia zawiera ważne informacje przeznaczone dla wszystkich rodziców i uczniów, dotyczące zasad postępowania i dyscypliny ucznia, obowiązujących w naszym Okręgu, a także innych polityk i procedur. Jest on dostępny (1) na stronie internetowej Okręgu: www.lz95.org w menu „Rodzice” (Parents) oraz (2) na wniosek, u dyrektora szkoły - w wersji drukowanej. Rozumiem jak uzyskać dostęp do Podręcznika rodzica i ucznia w wersji elektronicznej i drukowanej oraz wyrażam zgodę na uzyskanie przeze mnie dostępu do Podręcznika oraz przeczytanie go i zapoznanie się z nim razem z moim dzieckiem. Rozumiem, że jeśli moje dziecko złamie zasady, może zostać poddane postępowaniu dyscyplinarnemu. Postępowanie dyscyplinarne może skutkować utratą przywilejów, zatrzymaniem w szkole, zawieszeniem, wydaleniem lub innymi konsekwencjami.

Składając poniżej swój podpis oświadczam, że uzyskam dostęp do Podręcznika rodzica i ucznia, przeczytam go i zapoznam się z nim razem z dzieckiem. Składając poniżej swój podpis oświadczam ponadto, że wyrażam zgodę na przestrzeganie zasad określonych w politykach Rady/Okręgu oraz przepisów i procedur zawartych w Podręczniku.

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna (*prosimy wpisać drukowanymi literami*)

Podpis Rodzica / Opiekuna

Data

-----WYŁĄCZNIE DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO - WERYFIKACJA ZAMIESZKANIA-----

Kategoria I - Weryfikacja miejsca zamieszkania (wymagany JEDEN dokument)

<u>Właściciele domów</u>	<u>Najemcy</u>
☐ Ostatnie rozliczenie podatku od nieruchomości	☐ Umowa najmu podpisana i opatrzona datą oraz dowód wpłaty za ostatni miesiąc
☐ Aktualne miesięczne wyciągi hipoteczne lub ostatnie dokumenty zamknięcia kredytu hipotecznego	☐ List rezydencyjny od wynajmującego i dowód wpłaty za ostatni miesiąc
	☐ Letter of Residence ma zastosowanie, gdy osoba starająca się o zapisanie ucznia mieszka z osobą z Okręgu oraz dowód dokonania wpłaty za ostatni miesiąc

Kategoria II - Weryfikacja tożsamości (wymagane DWA dokumenty)

☐ Prawo jazdy	☐ Aktualna karta pomocy publicznej
☐ Rejestracja pojazdu - rejestracja wyborców w stanie Illinois	☐ Obecna polisa ubezpieczeniowa właścicieli / najemców domów i pokwitowanie opłacenia składki
☐ Ostatni wyciąg z karty kredytowej	☐ Najnowsze rachunki za gaz, prąd i wodę (rachunki za telefon komórkowy nie są akceptowane)
	☐ Paragon za wynajem furgonetki do przeprowadzki

Personel wojskowy

W ciągu 60 dni od daty pierwszej rejestracji ucznia należy dostarczyć jeden z następujących dokumentów:

- ☐ Korespondencja pocztowa zaadresowana do personelu wojskowego
- ☐ Umowa użytkowania
- ☐ Dowód własności miejsca zamieszkania

Każdy, kto ma nakaz opieki nad dzieckiem i chce zapisać ucznia

- ☐ Postanowienie, porozumienie, orzeczenie lub zarządzenie sądu, które przyznaje lub przekazuje opiekę nad uczniem danej osobie (w tym orzeczenia rozwodowe przyznające opiekę jednemu lub obojgu rodzicom). Należy przedstawić kopię orzeczenia sądowego.

Osoba niebędąca rodzicem starającą się zapisać ucznia

- ☐ Dowód sprawowania opieki, kontroli i odpowiedzialności przez osobę niebędącą rodzicem ucznia

TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO

Dokumenty zweryfikowane przez: _____ Data: _____

☐ eSchool

RACHUNEK

Rok szkolny 2021-2022
(Opłatę należy uiścić w momencie zapisu)

W celu prawidłowego zaksięgowania wpłaty, prosimy o wypełnienie i przekazanie tego rachunku razem z formularzem zapisu do szkoły, do której uczeń został przypisany.

- Opłatę należy uiścić w momencie zapisu. Opłata jest obowiązkowa dla wszystkich uczniów uczęszczających do szkół w naszym okręgu lub korzystających z usług edukacji specjalnej poza okręgiem.
- PROSIMY NIE PRZESYŁAĆ GOTÓWKI. Jeśli dokonują Państwo wpłaty czekiem lub przekazem pieniężnym, prosimy o podanie następującego odbiorcy:
Lake Zurich CUSD 95. Ostemplowany czek stanowi potwierdzenie dokonania wpłaty.
- Płatności za pomocą karty kredytowej/karty debetowej można uiścić po wydaniu identyfikatora dostępu domowego (Home Access login ID) i hasła. Aby uzyskać więcej informacji, należy skontaktować się ze szkołą.
- Wszystkie płatności pocztą należy przysyłać do szkoły wyznaczonej dla danego ucznia.

Harmonogram opłat

KLASA	RODZAJ OPŁATY	OPŁATA
Przedszkole	Usługi wspierania rozwoju mowy	\$80.00
Wczesna edukacja	Opłata rejestracyjna	\$50.00
Przedszkole - 5 klasa	Opłata rejestracyjna	\$75.00
Przedszkole - 12 klasa	Inicjatywa mobilnej nauki (Mobile Learning Initiative)*	\$40.00
Klasy 4 - 5	Zespół, orkiestra, chór (jeśli dotyczy)	\$25.00 za każdy rodzaj zajęć
Klasy 6-8	Opłata rejestracyjna	\$100.00
Klasy 6-8	Kronika szkolna (opcjonalnie)	\$26.00
Klasy 6-8	Zespół, orkiestra, chór (jeśli dotyczy)	\$40.00 za każdy rodzaj zajęć
Klasy 6-12	Mundurki PE (jeśli dotyczy)	\$15.00
Klasy 9-12	Opłata rejestracyjna	\$140.00
Klasy 9-12	Kronika szkolna (opcjonalnie)	\$56.00
Klasy 9-12	Zespół, orkiestra, chór	\$50.00 za każdy rodzaj zajęć
<u>Opłaty za zwłokę</u> \$25.00- jeśli płatność wpłynie po 15 września 2021 r \$40.00- jeśli płatność wpłynie po 30 października 2021 roku		

Każdy uczeń jest obciążany roczną opłatą rejestracyjną, która jest wykorzystywana na pokrycie kosztów materiałów dostarczanych obecnie przez Okręg dla wszystkich uczniów. Przykłady takich materiałów to: podręczniki, zeszyty ćwiczeń, materiały eksploatacyjne, przybory plastyczne, materiały do eksperymentów naukowych, zasoby biblioteczne, papier i koszty kopiowania, materiały do badań przesiewowych uczniów, materiały eksploatacyjne do drukarki i inne materiały. *Uwaga: Studenci, którzy kwalifikują się do całkowitego zwolnienia z opłat, są zwolnieni z tej opłaty. Uczniowie kwalifikujący się do obniżonych opłat są zobowiązani do uiszczenia 25% opłat szkolnych. Zwolnienia dotyczą całego roku szkolnego. Wnioski będą dostępne po 1 sierpnia 2021 r.*

* Opłata za Inicjatywę mobilnej nauki dotyczy programu iPad 1:1. Ta wymagana opłata częściowo rekompensuje koszty kradzieży / uszkodzenia w ramach programu. Brak wniesienia tej opłaty spowoduje naliczenie pełnej kwoty za naprawę lub wymianę wydanego urządzenia.

Opłaty za uczestnictwo (w zespole, orkiestrze, chórze, kursach czy zajęciach sportowych) są wyliczane po zapisaniu dziecka do programu. Inne opłaty związane ze szkołą są naliczane indywidualnie lub w szkole. Opłaty zostaną opublikowane i będzie można je uiścić za pośrednictwem usługi dostępu domowego (Home Access) lub wysyłając czek do szkoły.

Wszystkie bieżące i zaległe opłaty rejestracyjne należy uiścić, zanim uczeń będzie mógł uczestniczyć w zajęciach pozalekcyjnych wymagających opłat za uczestnictwo lub otrzyma zezwolenie na korzystanie z parkingu szkoły średniej. Oficjalny wykaz ocen nie zostanie wydany do czasu uregulowania wszystkich opłat i kar należnych Okręgowi.

Nazwisko ucznia: _____ Klasa: _____

Imię i nazwisko rodzica: _____ Szkoła: _____

Kwota zapłacona: _____ Data: _____ Czek nr _____

Potwierdzenie rejestracji w Inicjatywie mobilnej nauki (Mobile Learning Initiative)

Nazwisko ucznia: _____

Szkoła: _____

Potwierdzam udział mojego dziecka w prowadzonej przez Okręg Szkolny 95 [Inicjatywie mobilnej nauki](#), dzięki czemu moje dziecko otrzyma od Okręgu iPada, wyłącznie w celu rozwijania doświadczeń edukacyjnych. Ponoszę całkowitą i wyłączną odpowiedzialność za utratę lub uszkodzenie urządzenia będącego własnością Okręgu. Moje dziecko będzie korzystało z tego urządzenia zgodnie z obowiązującymi politykami i procedurami obowiązującymi w Okręgu, Regulaminem Inicjatywy mobilnej nauki oraz [Wytycznymi dla uczniów i rodziców dotyczącymi mobilnego nauczania](#).

Opłata programowa w ramach Inicjatywy mobilnej nauki (Mobile Learning Initiative) obejmuje ubezpieczenie od przypadkowego uszkodzenia urządzenia, aby pomóc rodzinom zmniejszyć ryzyko utraty i uszkodzenia iPada. Ta ochrona zabezpiecza Państwa przed płaceniem pełnych kosztów naprawy lub wymiany urządzenia i podlega odliczeniu w sposób narastający, z roku na rok, dla każdego zdarzenia. Opłata ta jest wymagana przy rejestracji. Plan daje następujące korzyści:

- Przypadki uszkodzenia (przez okres czterech lat) objęte odliczaną kwotą 50 USD (za każdy incydent).
- Wymiana utraconego lub skradzionego iPada — kwota odliczana 200 USD oraz potwierdzenie zgłoszenia zdarzenia na policję.
- Portal internetowy, który oferuje rodzicom regularną i skuteczną metodę zgłaszania roszczeń i wnoszenia opłat za szkodę lub utratę.

Rozumiem, że występują pewne warunki nieobjęte niniejszą kwotą udziału własnego, które obejmują:

- Wszelkie czyny nieuczciwe, oszukańcze, złośliwe, celowe lub o charakterze przestępczym.
- Bardzo znaczne uszkodzenie lub wprowadzanie nieautoryzowanych modyfikacji. W takich przypadkach rodzic(-e)/opiekun(-owie) muszą zapłacić za wymianę urządzenia.
- Utratę oprogramowania, danych, dokumentów, muzyki, filmów, nagrań lub innych danych osobowych, które zapisano w pamięci urządzenia.
- Zgubienie lub kradzież urządzenia, która nie została zgłoszona lokalnym organom ścigania.
- Stosowanie urządzenia niezgodnie z politykami i procedurami obowiązującymi w Okręgu.
- Części wymienne takie, jak kable, ładowarki lub baterie, nie podlegają wymianie/nie są objęte niniejszym planem ochrony.
- Urządzenie z usuniętym lub zmienionym numerem seryjnym nie jest objęte planem ochrony.
- Władze Okręgu mają prawo odmówić naprawy uszkodzeń kosmetycznych, które nie mają wpływu na funkcjonalność urządzenia.

OPŁATA PODLEGAJĄCA POTRĄCENIU ZA KAŻDE ZGŁOSZENIE:

Incydent z uszkodzeniem - 50 USD za każdy przypadek. Zgubienie lub kradzież — 200 USD.



Rozumiem, że ponoszę odpowiedzialność w kwocie podlegającej odliczeniu, sumowanej z roku na rok, za wszystkie roszczenia objęte niniejszą kwotą udziału własnego, która to kwota zostanie wpłacona niezwłocznie po otrzymaniu potwierdzenia utraty, według własnego uznania Okręgu. Wszystkie bieżące oraz poprzednie opłaty rejestracyjne, a także wszelkie inne zaległe opłaty na konto Okręgu (w tym kwota udziału własnego w szkodzie lub opłata za wymianę iPada) należy wnieść zanim uczeń zostanie dopuszczony do udziału w zajęciach sportowych oraz dodatkowych, które są objęte obowiązkiem opłaty, otrzyma pozwolenie na korzystanie z parkingu lub przywileje dostępu zdalnego (szkoła średnia). Oficjalny wypis nie zostanie wydany do czasu uregulowania wszystkich opłat należnych Okręgowi.

Podpis rodzica

Data

Inicjatywa mobilnej nauki (Mobile Learning Initiative) Regulamin

Uczniowie otrzymują od Okręgu urządzenia iPad w ramach Inicjatywy mobilnej nauki, wyłącznie do celów związanych z rozwojem doświadczeń edukacyjnych. Mają obowiązek korzystać z tych urządzeń zgodnie z politykami i procedurami obowiązującymi w Okręgu, Regulaminem Inicjatywy mobilnej nauki oraz Wytycznymi dla uczniów i rodziców dotyczącymi mobilnego nauczania.

Zwrot urządzenia. Władze Okręgu mogą zażądać od ucznia zwrotu urządzenia i/lub powiązanych materiałów w dowolnym momencie, w tym w sytuacji, gdy uczeń nie pozostaje już uczniem Okręgu lub na koniec roku szkolnego. Uczeń ma obowiązek zwrócić urządzenie w takim samym stanie, w jakim zostało wydane przez Okręg. Na urządzeniu i powiązanych materiałach nie można umieszczać żadnych trwałych oznaczeń. Uczeń, który nie dokona zwrotu urządzenia i/lub powiązanych materiałów w ciągu 24 godzin od wydania polecenia zwrotu, może stać się przedmiotem postępowania dyscyplinarnego lub ponieść inne konsekwencje. Do przeprowadzania napraw/serwisu urządzeń uprawniony jest wyłącznie Okręg. Użytkownicy ponoszą odpowiedzialność za wszelkie szkody powstałe podczas lub po zwróceniu i sprawdzeniu urządzenia.

Konsekwencje braku zwrotu urządzenia. Niniejszy Regulamin jest równoznaczny z powiadomieniem uczniów i rodziców o tym, że za brak zwrotu urządzenia będącego własnością Okręgu po opuszczeniu Okręgu Szkolnego 95 Wspólnoty Lake Zurich, zakończeniu szkoły i/lub przeniesieniu do innej szkoły, naliczona zostanie opłata. Przepisy prawa stanu Illinois przewidują, że gdy uczeń ma niezapłacone kary, opłaty lub czesne, Okręg może wstrzymać wydanie oficjalnego protokołu ucznia. Ponadto, osoby nieupoważnione pozostające w posiadaniu mienia okręgu szkolnego mogą zostać postawione w stan oskarżenia, zgodnie z przepisami prawa stanu Illinois, a władze Okręgu mogą zgłosić kradzież mienia lokalnym organom ścigania, jeśli urządzenie nie zostanie zwrócone.

Należyta dbałość. Do obowiązków ucznia i jego rodzica(-ów)/opiekuna(-ów) należy zapewnienie należytej dbałości o urządzenie, przez cały czas. Obejmuje to, między innymi, przechowywanie urządzenia przez cały czas w dołączonym etui, obowiązek przechowywania urządzenia w bezpiecznym miejscu lub podjęcie odpowiednich kroków, aby zabezpieczyć urządzenie przed zniszczeniem i kradzieżą.

Użycie powiązane ze szkołą. Urządzenie jest przeznaczone do użytku wyłącznie przez ucznia do celów związanych ze szkołą/edukacją, w sieci okręgowej. Korzystanie z urządzenia musi być zgodne z politykami i procedurami obowiązującymi w Okręgu.

Wypożyczanie urządzenia jest zabronione. Uczeń nie może pożyczać urządzenia i materiałów powiązanych żadnym osobom, w tym członkom rodziny, z żadnego powodu. Utrata lub uszkodzenie urządzenia przez inne osoby nie są objęte ubezpieczeniem.

Oczekiwania wobec uczniów. Od uczniów oczekuje się przynoszenia urządzeń codziennie do szkoły. Urządzenie musi być w pełni naładowane, znajdować się w dołączonym etui i być gotowe do użycia po przybyciu do szkoły. Wyjątki są akceptowane indywidualnie i muszą zostać zaaprobowane przez Okręg 95 oraz spełniać okręgowe standardy dotyczące ochrony urządzenia.

Polityki Okręgu. Korzystanie przez ucznia z urządzenia musi być zgodne ze wszystkimi wymogami wszystkich polityk i procedur okręgowych, w tym między innymi Polityki Rady Szkoły 6:235 Dostęp do sieci elektronicznych, Regulaminu Inicjatywy mobilnej nauki, Wytycznymi dla uczniów i rodziców dotyczącymi mobilnego nauczania, wszystkich polityk i procedur obowiązujących w Okręgu, a także z kodeksem ucznia bez względu na to, gdzie i kiedy uczeń korzysta z urządzenia. Oznacza to, że każde użycie przez ucznia urządzenia może podlegać postępowaniu dyscyplinarnemu, tak jakby miało miejsce w trakcie godzin lekcyjnych na terenie szkoły, bez względu na to, czy odbywa się poza terenem szkoły i/lub w czasie wolnym ucznia. Władze Okręgu zastrzegają sobie prawo do zablokowania funkcjonalności aplikacji, wdrożenia środków bezpieczeństwa, zmiany ustawień urządzenia lub podjęcia innych kroków zabezpieczających, które okażą się niezbędne według uznania władz Okręgu. Wszelkie próby modyfikacji („złamanie dostępu”) urządzenia/sprzętu, w tym m.in. zmiana ustawień dostępu internetowego, będą uważane za naruszenie postanowień polityk okręgowych.

Instalacja aplikacji. Uczniowie otrzymają zarządzany identyfikator Apple ID i muszą być przez cały czas zalogowani na tym koncie na szkolnym iPadzie. Logowanie za pomocą innego identyfikatora Apple ID jest zabronione. Wszystkie aplikacje wymagane przez szkołę zostaną udostępnione w sklepie z aplikacjami Okręgu o nazwie Self Service.

Prawo Okręgu do monitorowania. Użytkownicy nie mogą oczekiwać prywatności materiałów lub treści stworzonych, otrzymanych, wysyłanych, przeglądanych lub pozyskanych w inny sposób na urządzeniu, nawet gdy korzystają z osobistego konta (np. indywidualne konto poczty elektronicznej lub konto w serwisie społecznościowym). Przyczyną jest fakt, że urządzenie pozostaje własnością Okręgu. Urządzenie może zawierać oprogramowanie śledzące i/lub monitorujące, które umożliwia władzom Okręgu pozyskiwanie i zapisywanie informacji dotyczących korzystania z urządzenia. Władze Okręgu nie będą aktywnie śledzić ani monitorować korzystania z urządzenia poza wewnętrzną siecią okręgową i nie mogą zagwarantować, że urządzenie można zlokalizować. Konto Apple ID posiada funkcję dostępu do usługi „Find My Mac” za pośrednictwem usług internetowych firmy Apple. Uczeń musi powiadomić władzę szkoły o fakcie zaginięcia urządzenia i - ze względów bezpieczeństwa - nie powinien dążyć do odzyskania urządzenia na własną rękę. W celu odzyskania urządzenia, władze szkoły nawiążą współpracę z lokalnymi organami ścigania.

Dostęp do urządzenia. Uczeń ma obowiązek podać wszystkie hasła/kody dostępu do urządzenia, oprogramowania i aplikacji na żądanie pracownika szkoły. Brak umożliwienia pracownikom dostępu do urządzenia może spowodować utratę treści w procesie odtwarzania. Dodatkowo, jeśli uczeń nie chce umożliwić dostępu, może zostać objęty postępowaniem dyscyplinarnym lub ponieść inne konsekwencje.

Pomoc finansowa. Opłata za program mobilnej nauki zostanie zniesiona dla rodzin kwalifikujących się do programu zwolnienia z opłat / obniżenia opłaty. Jednak kosztami zgubienia, kradzieży lub uszkodzenia nadal będą obciążani rodzice. Rodziny kwalifikujące się do programu obniżonych opłat będą zobowiązane do uiszczenia 25% opłaty. Jednak kosztami zgubienia, kradzieży lub uszkodzenia nadal będą obciążani rodzice. Rodziny nowo zakwalifikowane na początku roku szkolnego także są uprawnione do zwolnienia z opłaty lub zmniejszenia opłaty. Nawet jeśli opłata została zmniejszona lub zniesiona, rodzice muszą podpisać załączony formularz udziału własnego. Rodziny, które uważają, że ich status zmienił się w porównaniu z poprzednim rokiem szkolnym, powinny złożyć wniosek o zwolnienie z opłaty, który można znaleźć na stronie internetowej okręgu, przed uiszczeniem opłaty za program mobilnej nauki.

FORMULARZ TRANSPORTOWY DLA DZIECI Z ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO

Rok szkolny 2021-22

Nazwisko ucznia: _____ Sesja (zakreśl jedną): CAŁY DZIEŃ PÓŁ DNIA

Szkoła _____ Rok szkolny _____

Szanowni rodzice/opiekunowie dzieci z oddziału przedszkolnego,

Zapewniamy transport z adresu zamieszkania oraz pod ten adres. Jeśli potrzebne jest wskazanie innego miejsca odbioru lub przywozu dziecka, prosimy wskazać je poniżej. Adresy placówek opiekuńczych będą brane pod uwagę tylko w przypadku, gdy przystanek znajduje się na trasie autobusu w okręgu szkolnym, do którego uczeń jest przydzielony. Dodatkowo, ze względów bezpieczeństwa, Okręg 95 praktykuje zasadę, aby dzieci z oddziału przedszkolnego były odbierane z przystanku przez rodziców/opiekunów. Jednak niektórzy rodzice uważają, że uczniowie oddziału przedszkolnego mogą wracać z przystanku do domu samodzielnie lub w towarzystwie starszego rodzeństwa, które dojeżdża tym samym autobusem. Wydział transportu poszukuje obecnie najlepszego rozwiązania dla procedur odbierania dzieci z oddziału przedszkolnego.

☐ **Moje dziecko uczęszczające do oddziału przedszkolnego, wymienione powyżej, MOŻE wracać z przystanku autobusowego do domu BEZ obecności osoby pełnoletniej.** Rozumiem, że Wydział transportu/kierowca autobusu może w przypadku zagrożenia bezpieczeństwa (np. niebezpieczne warunki atmosferyczne lub inne zagrożenia) podjąć decyzję o powrocie dziecka do szkoły, jeśli na przystanku nie ma osoby pełnoletniej. Wydział transportu lub sekretariat szkoły podejmie próbę nawiązania ze mną kontaktu telefonicznego przed powrotem do szkoły. Jeśli nie uda się nawiązać osobistego kontaktu, pozostawią mi wiadomość i dziecko zostanie odwiezione z powrotem do szkoły. Jeśli moje dziecko zostanie odwiezione do szkoły, będę musiał/musiła odebrać je stamtąd.

☐ **Moje dziecko uczęszczające do oddziału przedszkolnego, wymienione powyżej, NIE MOŻE wracać z przystanku autobusowego bez obecności mojej lub innej osoby wskazanej poniżej, która odprowadzi je do domu.** W przypadku mojej nieobecności (lub nieobecności osoby wymienionej poniżej) na przystanku autobusowym, moje dziecko zostanie odwiezione z powrotem do szkoły. Wydział transportu lub sekretariat szkoły podejmie próbę nawiązania ze mną kontaktu telefonicznego przed powrotem do szkoły. Jeśli nie uda się nawiązać osobistego kontaktu, pozostawią mi wiadomość i dziecko zostanie odwiezione z powrotem do szkoły. Jeśli moje dziecko zostanie odwiezione do szkoły, będę musiał/musiła odebrać je stamtąd.

Poniżej należy podać imiona i nazwiska trzech osób, innych niż matka i ojciec, które mogą odbierać dziecko z przystanku autobusowego i odprowadzać je do domu. Jeśli

Państwa dziecko może wracać do domu ze starszym rodzeństwem, które jeździ tym samym autobusem, proszę podać jego/jej imię i nazwisko.

<u>Imię i nazwisko</u>	<u>Pokrewieństwo</u>	<u>Numer telefonu</u>

*****MIEJSCE ODBIORU I PRZYWOZU DZIECKA MUSI BYĆ TAKIE SAMO PRZEZ WSZYSTKIE DNI W TYGODNIU*****

Miejsce odbioru, jeśli jest inne niż adres domowy _____

Miejsce przywozu, jeśli jest inne niż adres domowy _____

PODPIS RODZICA/OPIEKUNA

Rozumiem, że polityka Okręgu wymaga, aby uczniowie korzystali z tego samego przystanku autobusowego przez pięć dni w tygodniu. Te reguły służą zapewnieniu bezpieczeństwa i porządku transportu dla naszych uczniów.

Podpis rodzica/opiekuna oraz numer telefonu kontaktowego

Szanowni rodzice lub opiekunowie,

Wszyscy uczniowie rozpoczynający naukę w oddziale przedszkolnym po raz pierwszy muszą przedstawić dowód otrzymania **wszystkich wymaganych szczepień**, a także **nowe badanie lekarskie, stomatologiczne i pełne badanie okulistyczne**. Lista wymagań dotyczących szczepień na stronie 2 wyjaśnia, które szczepienia są wymagane do przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego. Badanie lekarskie, stomatologiczne i okulistyczne muszą być aktualne i datowane na rok przed datą rozpoczęcia nauki. **Wszystkie formularze dotyczące zdrowia wymagane przez Okręg 95 należy złożyć do 15 sierpnia.** Z wyjątkiem uczniów będących osobami bezdomnymi, przenoszących się z innego stanu lub uczniów z wyznaczoną inną datą wizyty lekarskiej poświadczoną przez lekarza, niedostarczenie dokumentów do dnia 15 października bieżącego roku szkolnego spowoduje wykluczenie ucznia ze szkoły do czasu przedstawienia wymaganych formularzy dotyczących stanu zdrowia ucznia w szkole, do której uczeń uczęszcza.

Stan Illinois wymaga **trzech podpisów** na formularzu badania lekarskiego: **1)** lekarza przeprowadzającego badanie dziecka, **2)** podpisu pracownika służby zdrowia, który sprawdził szczepienia oraz **3)** podpisu rodzica. Rodzice muszą wypełnić i podpisać część formularza poświęconą historii zdrowia dziecka. **Badania lekarskie bez wszystkich trzech podpisów nie zostaną przyjęte.**

Wszyscy uczniowie rozpoczynający naukę w oddziale przedszkolnym muszą przejść badanie stomatologiczne. W tym pakiecie znajduje się formularz badania stomatologicznego oraz lista regionalnych przychodni stomatologicznych. Formularz badania stomatologicznego musi zostać podpisany i opatrzony datą przez lekarza stomatologa prowadzącego badanie.

Wszyscy uczniowie oddziału przygotowania przedszkolnego mają obowiązek odbycia pełnego badania wzroku przeprowadzonego przez okulistę, oftalmologa (lub lekarza przeprowadzającego pełne badania wzroku) przed rozpoczęciem szkoły. Coroczne szkolne przesiewowe badania wzroku nie spełniają tego wymogu. Formularz raportu z badania wzroku jest załączony i musi zostać wypełniony i podpisany przez lekarza przeprowadzającego badanie.

Stan Illinois dopuszcza możliwość sprzeciwienia się rodzica lub opiekuna ucznia obowiązkowi odbycia przez ucznia badań lekarskich, szczepień, badań przesiewowych wzroku i słuchu oraz badań stomatologicznych ze względu na **przekonania religijne lub ze względów medycznych**. Jeżeli wniosek został przyjęty jako ważny, należy go ponownie przysłać w wymaganych przez regulacje stanowe terminach kolejnych badań (obecnie w klasie przygotowania przedszkolnego, w klasie szóstej i dziewiątej) oraz w przypadku wprowadzenia nowych wymogów stanowych. Dzieci rodziców lub opiekunów prawnych, którzy sprzeciwiają się badaniom lekarskim, stomatologicznym lub badaniom wzroku, szczepieniom lub badaniom przesiewowym wzroku i słuchu ze względu na przekonania **religijne** przedstawią lokalnej szkole **Formularz zaświadczenia o zwolnieniu z powodów religijnych** stanu Illinois (dostępny także na stronie internetowej okręgu 95) podpisany zarówno przez rodzica, jak i pracownika podstawowej opieki zdrowotnej, z wyszczególnieniem przyczyn sprzeciwu oraz określonych szczepień i/lub badań, którym rodzice lub opiekunowie się sprzeciwiają.

Wszelkie **zastrzeżenia / przeciwwskazania medyczne** do wymagań zdrowotnych muszą zostać spisane przez lekarza uprawnionego w pełnym zakresie do wykonywania zawodu lekarza ze wskazaniem określonego schorzenia i podpisane przez lekarza na formularzu **Świadectwa badania stanu zdrowia dziecka stanu Illinois** oraz wpisane do akt stałych dziecka. Jeżeli stan zdrowia dziecka pozwala na zaszczepienie w późniejszym terminie, wymóg ten musi zostać spełniony.

Jeśli Państwa dziecko musi zażywać leki w ciągu dnia w szkole, do tego pakietu dołączono formularz upoważnienia do przyjmowania leków. Aby dziecku można było podać leki w tym leki sprzedawane bez recepty (takie jak paracetamol lub ibuprofen) szkolny gabinet lekarski musi mieć wpisane do akt dziecka pisemne zalecenie podpisane przez lekarza ORAZ pisemne upoważnienie od rodzica. Prosimy pamiętać, że nasi pracownicy w żadnym wypadku nie podadzą uczniowi żadnych leków, jeżeli powyższe wymagania nie zostały spełnione. Rodzice mają obowiązek dostarczenia leku w prawidłowo oznakowanym oryginalnym pojemniku. Nie możemy przyjąć żadnych leków przyniesionych do szkoły przez ucznia. **WSZYSTKIE LEKI NALEŻY TRZYMAĆ W GABINECIE LEKARSKIM.** Uczniom wolno nosić osobiste inhalatory, automatyczne wstrzykiwacze jednorazowe (EpiPen) lub zestawy dla cukrzyków, czemu musi towarzyszyć odpowiednia dokumentacja w gabinecie lekarskim.

W razie pytań dotyczących tych wymogów prosimy o kontakt z personelem szkolnego gabinetu lekarskiego.

Dziękujemy za współpracę.

WYMOGI DOTYCZĄCE SZCZEPIEŃ I/LUB BADAŃ LEKARSKICH UCZNIÓW ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO

Szanowni rodzice lub opiekunowie,

Stan Illinois wymaga, aby każde dziecko uczęszczające do szkoły przedstawiło dowód uzyskania odporności przeciwko określonym chorobom. **We wszystkich Szkołach Okręgu 95 formularze dotyczące stanu zdrowia należy złożyć do 15 sierpnia.** Z wyjątkiem uczniów będących osobami bezdomnymi, przenoszących się z innego stanu lub uczniów z wyznaczoną inną datą wizyty lekarskiej poświadczoną przez lekarza, niedostarczenie dokumentów do dnia 15 października bieżącego roku szkolnego spowoduje wykluczenie ucznia ze szkoły do czasu przedstawienia wymaganych formularzy dotyczących stanu zdrowia ucznia w szkole, do której uczeń uczęszcza. Wszystkie dzieci rozpoczynające naukę w oddziale przedszkolnym muszą mieć następujące szczepienia i badania:

- ☒ **Odra (odra czerwona)** Dziecko musiało otrzymać dwie dawki szczepionki przeciw odrze; jedna dawka w pierwsze urodziny lub później, a druga dawka nie mniej niż 4 tygodnie później. Można przedstawić potwierdzenie uzyskania odporności w postaci wyników laboratoryjnych lub potwierdzenie przebycia choroby wydane przez lekarza (w tym potwierdzenie w postaci wyników laboratoryjnych w odniesieniu do przypadków występujących po 1 lipca 2002 r.).
- ☒ **Różyczka (odra niemiecka)** Dziecko musiało otrzymać dwie dawki szczepionki przeciwko różyczce; jedna dawka w pierwsze urodziny lub później, a druga dawka nie mniej niż 4 tygodnie później. Można przedstawić jedynie potwierdzenie uzyskania odporności na różyczkę w postaci wyników laboratoryjnych.
- ☒ **Świnka** Dziecko musiało otrzymać dwie dawki szczepionki przeciw śwince; jedna dawka w pierwsze urodziny lub później, a druga dawka nie mniej niż 4 tygodnie później. Można przedstawić potwierdzenie uzyskania odporności w postaci wyników laboratoryjnych lub potwierdzenie przebycia choroby wydane przez lekarza wg daty przebycia choroby.
- ☒ **Polio** Po rozpoczęciu uczęszczania do szkoły (oddział przedszkolny lub klasa pierwsza), dziecko musi okazać dowód, że otrzymało trzy lub cztery dawki szczepionki przeciw polio podane w odpowiednich odstępach czasu, przy czym ostatnią dawkę jako dawkę przypominającą należy podać co najmniej 6 miesięcy po tej serii i w dniu 4 urodzin lub później.
- ☒ **DPT/DTaP** Należy przedstawić potwierdzenie otrzymania przez dziecko czterech lub więcej dawek szczepionki DTP/DTaP w odpowiednich odstępach czasu, przy czym ostatnią dawkę przypominającą dziecko powinno było otrzymać po 6 miesiącach od 3. dawki w serii i w dniu 4 urodzin lub później.
- ☐ **Tdap (tęzec, błonica, krztusiec)** Uczniowie rozpoczynający wszystkie inne klasy wymagają 3 lub więcej dawek w tym ostatnią jako dawkę przypominającą w dniu 4 urodzin lub później. Uczniowie po rozpoczęciu klas 6–12 muszą przyjąć jedną dawkę szczepionki Tdap.
- ☒ **Wirusowe zapalenie wątroby typu B** Dzieci rozpoczynające naukę w klasach od oddziału przygotowania przedszkolnego do klasy dwunastej muszą okazać dowód, że otrzymały trzy dawki szczepionki przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B w odpowiednich odstępach czasu.
- ☒ **Ospa wietrzna** Dzieci rozpoczynające naukę w szkole (oddział przedszkolny lub pierwsza klasa) będą zobowiązane do okazania dowodu, że otrzymały dwie dawki szczepionki przeciw ospie wietrznej, pierwszą w dniu ich pierwszych urodzin lub po nich, a drugą dawkę nie później niż 4 tygodnie później. Można przedstawić oświadczenie lekarza lub pracownika służby zdrowia potwierdzające historię choroby po zbadaniu zakażonego dziecka dokumentujące opis historii stanu zdrowia dziecka przedstawiony przez rodzica, lub omawiające potwierdzenie w postaci wyników badań laboratoryjnych, co należy udokumentować w sekcji dotyczącej alternatywnego potwierdzenia odporności w formularzu badania lekarskiego.
- ☒ **Bieżące badania lekarskie** Stan Illinois wymaga przedstawienia dowodu odbycia aktualnego badania lekarskiego, tj. przeprowadzonego w ciągu jednego roku przed datą rozpoczęcia nauki, dla następujących klas: program wczesnej edukacji, rozpoczęcie nauki po raz pierwszy (przygotowanie przedszkolne lub pierwsza klasa), szósta klasa, dziewiąta klasa i uczniowie przenoszący się do szkoły z innego stanu lub innego kraju. Uczniowie uczęszczających do szkół realizujących programy bez podziału na klasy zobowiązani są do przedstawienia badań lekarskich przeprowadzonych w ciągu jednego roku przed rozpoczęciem roku szkolnego, w którym uczeń osiąga wiek pięciu, dziesięciu i piętnastu lat. **Wszystkie badania lekarskie muszą zostać podpisane przez pracownika służby zdrowia / lekarza przeprowadzającego badanie.** Rodzice muszą wypełnić i podpisać część formularza poświęconą historii zdrowia dziecka. **Wszystkie formularze dotyczące zdrowia dla szkół Okręgu 95 należy złożyć do 15 sierpnia.** Wszystkie dokumenty muszą być podpisane przez lekarza. Nie będą akceptowane bez wypełnienia historii zdrowia i podpisu rodzica.
- ☒ **Przegląd stomatologiczny** Uczniowie przy rozpoczęciu uczęszczania do przedszkola są zobowiązani do przedstawienia dowodu z aktualnym badaniem stomatologicznym, 2, 6 i 9 th klasy.
- ☐ **Badanie wzroku** Wszyscy uczniowie są zobowiązani do poddania się badaniu wzroku przy rozpoczęciu nauki w szkole IL (przedszkole, przeniesieniu spoza stanu lub z kraju). Musi być wykonane przez optometrystę, okulistę lub lekarza uprawnionego do wykonywania badań wzroku, maksymalnie na rok przed datą rozpoczęcia nauki. Coroczne szkolne przesiewowe badania wzroku nie spełniają tego wymogu.
- ☐ **Próba tuberkulinowa** To badanie przesiewowe jest wymagane przez stan Illinois w przypadku uczniów wskazanych przez Departament Zdrowia Publicznego / CDC jako dzieci z grupy wysokiego ryzyka. **(Zostanie to określone przez lekarza dziecka.)**
- ☐ **Wszyscy uczniowie przenoszący się do szkoły** mają obowiązek przedłożenia pełnej dokumentacji szczepień i badania lekarskiego zgodnie ze wszystkimi aktualnymi wymogami kodeksu zdrowia w ciągu 30 dni szkolnych od daty rejestracji. Wszyscy nowi uczniowie w Illinois, bez względu na poziom, którzy nie przeszli badania wzroku na poziomie przedszkola, są również zobowiązani do pełnego badania wzroku przez optometrystę, okulistę lub lekarza, który przeprowadza pełne badanie wzroku.

OKRĘG SZKOLNY 95 WSPÓLNOTY LAKE ZURICH
Formularz informacji zdrowotnych do użycia w nagłych przypadkach

Nazwisko ucznia _____ Telefon domowy _____
Nazwisko Imię
Adres ucznia _____ IL _____
Ulica Miejscowość Kod pocztowy
Data urodzenia _____ Płeć _____ Rejestracja do klasy _____ Jesteś nowy w Illinois? T / N
Lekarz _____ Telefon _____
Podpis Rodzica / Opiekuna _____ Data _____

**POUFNE INFORMACJE DOTYCZĄCE
ZDROWIA**

Zaznacz wszystkie pasujące

Wyjaśnienie

Alergie (określić)	Nie _____ TAK _____	_____
Jedzenie (określić)	Nie _____ TAK _____	_____
Środowiskowe	Nie _____ TAK _____	_____
Sezonowe	Nie _____ TAK _____	_____
Inne alergie (prosimy określić)	Nie _____ TAK _____	_____
Astma	Nie _____ TAK _____	_____
ADHD	Nie _____ TAK _____	_____
Problemy z układem pokarmowym/moczowym	Nie _____ TAK _____	_____
Cukrzyca	Nie _____ TAK _____	_____
Problemy ze zdrowiem emocjonalnym	Nie _____ TAK _____	_____
Choroba serca	Nie _____ TAK _____	_____
Problemy ze słuchem	Nie _____ TAK _____	_____
Okulary/Szkła kontaktowe/Problemy ze wzrokiem	Nie _____ TAK _____	_____
Napady drgawek	Nie _____ TAK _____	_____
Choroby skóry	Nie _____ TAK _____	_____
Inne (prosimy określić)	Nie _____ TAK _____	_____

LECZENIE

Inhalator	Nie _____ TAK _____	_____
Epinefryna	Nie _____ TAK _____	_____
Inne	Nie _____ TAK _____	_____

LEKI

Leki zażywane w domu	Nie _____ TAK _____	Lista _____
Leki, które dziecko musi zażywać w szkole*	Nie _____ TAK _____	Lista _____
Leki, które dziecko musi zażywać w autobusie*	Nie _____ TAK _____	Lista _____

*** Formularz autoryzacji podawania leków w szkole
należy wypełnić w Departamencie Zdrowia, aby
lekarstwa były podawane przez personel medyczny.**

TRANSPORT (w związku ze stanem zdrowiem i dobrostanem)

Jeśli odpowiedziałeś/-aś „Tak” na którekolwiek z powyższych pytań, dodaj odpowiednie informacje, które kierowca autobusu powinien znać. (Przykładowo: jeśli dziecko ma ze sobą EpiPen, czy potrafi samo podać sobie lek, czy istnieją alternatywne metody komunikacji w sytuacjach awaryjnych): _____

Informacje medyczne podane w tej karcie oraz w karcie zdrowia dziecka, mogą być udostępniane personelowi nauczycielskiemu w celach związanych z utrzymaniem zdrowia i bezpieczeństwa dziecka w trakcie pobytu w szkole. Okręg szkolny nie ponosi odpowiedzialności za problemy zdrowotne nie wymienione w niniejszym formularzu.

Wer. 12/2020

Formularz upoważnienia do podawania leków w szkole

Wypełnia rodzic / opiekun i LEKARZ ucznia i przechowuje w gabinecie pielęgniarki szkolnej lub w przypadku nieobecności pielęgniarki szkolnej w biurze dyrektora placówki.

Imię i nazwisko ucznia:		Data urodzenia:
Adres:		
Telefon domowy:		Telefon alarmowy:
Szkoła:	Klasa:	Nauczyciel:

WYPEŁNIA LEKARZ UCZNIA: (dotyczy wszystkich leków oprócz inhalatorów na astmę)

Imię i nazwisko lekarza drukowanymi literami:	
Adres biura:	Telefon biurowy: Faks biurowy:
Leki:	
Dawkowanie:	Częstotliwość:
Czas podawania leku lub w jakich okolicznościach:	
Diagnoza wymagająca stosowania leku:	
Zamierzony efekt tego leku:	
Czy ten lek musi być podawany w ciągu dnia szkolnego, aby umożliwić uczniowi uczęszczanie do szkoły lub wspierać stan zdrowia ucznia?	☐ Tak ☐ Nie
Oczekiwane skutki uboczne, jeśli występują:	
Przedział czasu do ponownej oceny:	
Czy uczeń umie podać sobie ten lek samodzielnie?	☐ Tak ☐ Nie
Czy uczeń ma Państwa zgodę na podawanie tego leku?	☐ Tak ☐ Nie
Inne leki, które uczeń otrzymuje:	

Podpis lekarza

Data

TYLKO DLA INHALATORÓW NA ASTMĘ, NALEŻY UMIEŚCIĆ ETYKIETĘ RECEPTURY TUTAJ:

[illegible]

NALEŻY WYPEŁNIĆ PO OBU STRONACH

Podpisując się poniżej, zgadzam się:

1. Że przede wszystkim ja jestem odpowiedzialny za podawanie dziecku leków. Jednakże w przypadku, gdy nie jestem w stanie tego zrobić lub w przypadku nagłej potrzeby, niniejszym upoważniam Okręg Szkolny 95 oraz jego pracowników i agentów, do podania w moim imieniu i zamiast mnie lub podjęcia próby podania leków mojemu dziecku (lub umożliwienia mojemu dziecku samodzielnego przyjęcia leku, pod nadzorem pracowników i agentów Okręgu 95), zgodnie z prawem obejmującym podawanie leków w sposób opisany powyżej. **Przyjmuję do wiadomości, że może być konieczne, aby podawanie leków mojemu dziecku było wykonywane przez osobę inną niż pielęgniarka szkolna i wyrażam zgodę na takie praktyki,** oraz
2. Zwalniam z odpowiedzialności Okręg 95 oraz jego pracowników i agentów w zakresie wszelkich roszczeń, z wyjątkiem roszczeń wynikających z umyślnego i nieuzasadnionego działania w ramach podawania leków uczniowi.

Rodzin/Opiękun litery drukowane

PODPIS RODZICA/OPIEKUNA

DLA RODZICÓW UCZNIÓW SAMODZIELNIE PRZYJMĄCYCH LEKI

Upoważniam Okręg Szkolny 95 i jego pracowników i agentów, do umożliwienia mojemu dziecku lub oddziałowi posiadanie i używanie swojego leku na astmę, cukrzycę lub „Epi-Pen” (1), podczas przebywania w szkole, (2), podczas zajęć sponsorowanych przez szkołę, (3) pod nadzorem personelu szkolnego lub (4) przed lub po zwykłych zajęciach szkolnych, takich jak opieka przed zajęciami szkolnymi lub zajęcia pozaszkolne na terenie zarządzanym przez szkołę .

I potwierdzam, że moje dziecko zostało poinstruowane i może samodzielnie zażywać przepisane mu leki zgodnie z wyznaczonym dawkowaniem i sposobem przyjmowania. Również moje dziecko zdaje sobie sprawę z potencjalnych skutków ubocznych, gdy leki są nieskuteczne i gdy potrzebna jest dodatkowa pomoc. Prawo stanu Illinois wymaga, aby Okręg Szkolny poinformował rodziców / opiekunów, że zarówno Okręg jak i jego pracownicy i przedstawiciele nie ponoszą żadnej odpowiedzialności, z wyjątkiem umyślnego i nieuzasadnionego zachowania, za jakichkolwiek szkody wynikające z samodzielnego przyjęcia leków przez ucznia (105 ILCS 5 / 22-30).

Jeśli się zgadzasz, prosimy o parafowanie: _____

Inicjał rodzica / opiekuna

NALEŻY WYPEŁNIĆ PO OBU STRONACH



Stan Illinois
Zaświadczenie o badaniu zdrowia dziecka

Wymagane dla klas K, 6, 9

Imię i nazwisko ucznia				Data urodzenia			Płeć	Rasa / pochodzenie etniczne			Szkoła / Klasa poziom / numer identyfikacyjny								
Nazwisko		Imię		Drugie imię		Miesiąc dzień rok													
Adres				Ulica		Miejscowość		Kod pocztowy		Rodzic/opiekun			Telefon # do domu			Do pracy			
SZCZEPIENIA: Wypełnia pracownik służby zdrowia. Wymagany jest miesiąc / dzień / rok dla <i>każdej</i> podanej dawki. Jeśli określona szczepionka jest przeciwwskazana z medycznego punktu widzenia, pracownik służby zdrowia odpowiedzialny za przeprowadzenie badania lekarskiego musi dołączyć osobne pisemne oświadczenie wyjaśniające medyczny powód przeciwwskazania.																			
WYMAGANE		DAWKA 1			DAWKA 2			DAWKA 3			DAWKA 4			DAWKA 5			DAWKA 6		
Szczepionka / Dawka		MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR
DTP lub DTaP																			
Tdap ; Td lub Pediatric DT (sprawdź określony typ)		☐ Tdap	☐ Td	☐ DT	☐ Tdap	☐ Td	☐ DT	☐ Tdap	☐ Td	☐ DT	☐ Tdap	☐ Td	☐ DT	☐ Tdap	☐ Td	☐ DT	☐ Tdap	☐ Td	☐ DT
Paraliż dziecięcy (Sprawdź konkretny typ)		☐ IPV	☐ OPV		☐ IPV	☐ OPV		☐ IPV	☐ OPV		☐ IPV	☐ OPV		☐ IPV	☐ OPV		☐ IPV	☐ OPV	
Hib Haemophilus influenza type b																			
Koniugat pneumokokowy																			
Zapalenie wątroby typu B																			
MMR Odra Świnka. Różyczka																			
Varicella (Ospa wietrzna)																			
Koniugat meningokoków (MCV4)																			
ZALECANE, ALE NIE WYMAGANE Szczepionka / Dawka																			
Wirusowe Zapalenie Wątroby typu A																			
HPV																			
Grypa																			
Inne: Określić typ podanego szczepienia / daty																			
Podmiot świadczący opiekę zdrowotną (MD, DO, APN, PA, pracownik służby zdrowia, pracownik służby zdrowia) weryfikujący powyższą historię szczepień musi podpisać poniżej. Jeśli dodasz daty do powyższej sekcji historii szczepień, umieść swoje inicjały według daty (dat) i podpisz tutaj.																			
Podpis						Tytuł						Data							
Podpis						Tytuł						Data							
ALTERNATYWNY DOWÓD ODPORNOŚCI																			
1. Rozpoznanie kliniczne (odra, świnka, wirusowe zapalenie wątroby typu B) jest dozwolone po zweryfikowaniu przez lekarza i potwierdzeniu laboratoryjnym. Dołącz kopię wyniku laboratorium. * ODRY (Rubeola) MO DA YR ** ŚWINKI MO DA YR ZAPALENIE WĄTROBY B MO DA YR OSPY MO DA YR																			
2. Historia choroby ospy wietrznej jest akceptowalna, jeśli zostanie zweryfikowana przez pracownika służby zdrowia, szkolnego pracownika służby zdrowia lub pracownika służby zdrowia. Osoba podpisująca poniżej potwierdza, że opis historii choroby ospy wietrznej przedstawiony przez rodzica / opiekuna wskazuje na przebyte zakażenie i akceptuje taką historię jako dokumentację choroby. Data choroby Podpis Tytuł																			
3. Laboratoryjne dowody odporności (przedstawić jeden) ☐ Odra* ☐ Świnka** ☐ Różyczka ☐ Ospa Dołącz kopię wyniku laboratorium.																			
* Wszystkie przypadki odry zdiagnozowane 1 lipca 2002 r. lub później muszą zostać potwierdzone dowodami laboratoryjnymi. ** Wszystkie przypadki świnki zdiagnozowane 1 lipca 2013 r. lub później muszą zostać potwierdzone dowodami laboratoryjnymi.																			
Wypełnieniu Alternatywnego dowodu 1 lub 3 MUSI towarzyszyć podpis laboratorium i lekarza: _____ Oświadczenia lekarskie o odporności MUSZĄ być przedłożone IDPH do przeglądu.																			

Dokonuje się przeglądu zaświadczeń o zwolnieniu z powodów religijnych ze szczepień lub zaświadczeń lekarskich o przeciwwskazaniach lekarskich i *Utrzymywane przez władze szkoły.*

Nazwisko			Imię			Drugie imię			Data urodzenia			Płeć		Szkoła			Klasa Poziom / ID																																																																								
Nazwisko			Imię			Drugie imię			Miesiąc dzień rok																																																																																
HISTORIA CHOROBY																		WYPEŁNIA I PODPISUJE RODZIC / OPIEKUN ORAZ POTWIERDZA LEKARZ																																																																							
ALERGIE (Żywność, lekarstwa, owady, inne)						Tak Nie			Lista:						LEKI (przepisywane lub przyjmowane regularnie).						Tak Nie			Lista:																																																																	
Diagnoza astmy?						Tak			Nie			Utrata funkcji jednego z par narządów? (oko / ucho / nerka / jądro)						Tak			Nie																																																																				
Dziecko budzi się podczas nocnego kaszlu?						Tak			Nie			Hospitalizacje?						Tak			Nie																																																																				
Wady wrodzone?						Tak			Nie			Kiedy? W jakim celu?																																																																													
Opóźnienie rozwoju?						Tak			Nie			Operacja? (Wymień wszystkie.)						Tak			Nie																																																																				
Choroby krwi? Hemofilia, sierpowate komórki, inne? Wyjaśnić.						Tak			Nie			Kiedy? W jakim celu?																																																																													
Cukrzyca						Tak			Nie			Poważny uraz lub choroba?						Tak			Nie																																																																				
Uraz głowy / Wstrząśnienie mózgu / Zemdlenie?						Tak			Nie			Pozytywny wynik testu skórniego TB (przeszły / obecny)?						Tak			Nie			* Jeśli tak, skontaktuj się z lokalnym wydziałem zdrowia.																																																																	
Napady drgawek Jaki mają przebieg?						Tak			Nie			Choroba gruźlicy (w przeszłości czy obecnie)?						Tak			Nie																																																																				
Problemy z sercem / duszność?						Tak			Nie			Używanie tytoniu (rodzaj, częstotliwość)?						Tak			Nie																																																																				
Szmer w sercu / Wysokie ciśnienie krwi?						Tak			Nie			Alkohol / narkotyki?						Tak			Nie																																																																				
Zawroty głowy lub ból w klatce piersiowej podczas ćwiczeń?						Tak			Nie			Historia rodzinna nagłej śmierci przed 50 rokiem życia? (Przyczyna?)						Tak			Nie																																																																				
Problemy z oczami / wzrokiem? ____ Okulary ☐ Szkła kontaktowe ☐ Ostatnie badanie okulistyczne ____ Inne problemy? (widzenie krzyżowe, opadające powieki, mrużenie oczu, trudności w czytaniu)												Dentystyczne ☐ Ortodoncja ☐ Mostek ☐ Proteza ☐ Inne																																																																													
Problemy z uchem / słuchem?						Tak			Nie			Informacje mogą być udostępniane odpowiedniemu personelowi w celach zdrowotnych i edukacyjnych.																																																																													
Problem kości / stawów / uraz / skolioza?						Tak			Nie			Rodzic/opiekun Podpis												Data																																																																	
WYMAGANIA DOTYCZĄCE BADAŃ FIZYCZNYCH																		Cała sekcja poniżej do wypełnienia przez MD / DO / APN / PA																																																																							
OBWÓD GŁOWY, jeśli <2-3 lata																		WYSOKOŚĆ																		WAGA																		BMI																		B / P																	
BADANIE CUKRZYCOWE (NIEWYMAGAJĄCE DZIENNEJ OPIECI)																		BMI > 85% wiek / płeć Tak ☐ Nie ☐																		I dowolne dwa z poniższych: Historia rodziny Tak ☐ Nie ☐																																																					
Grupa etniczna Tak ☐ Nie ☐																		Oznaki insulinooporności (nadciśnienie, dyslipidemia, zespół policystycznych jajników, rogowacenie czarne) Tak ☐ Nie ☐																		Zagrożenie Tak ☐ Nie ☐																																																					
KWESTIONARIUSZ RYZYKA GŁÓWNEGO: Wymagane dla dzieci w wieku od 6 miesięcy do 6 lat zapisanych do żłobka, przedszkola, żłobka i / lub przedszkola licencjonowanych lub publicznych szkół. (Wymagane badanie krwi, jeśli mieszka w Chicago lub kod pocztowy wskazuje na miejsce wysokiego ryzyka).																																																																																									
Zarządzono kwestionariusz? TAK ☐ NIE ☐ Wskazane badanie krwi? TAK ☐ NIE ☐ Data badania krwi																																				Wynik																																																					
BADANIE SKÓRY LUB KRWI NA WYSTĘPOWANIE PRĄDKÓW GRUŹLICY Zalecane tylko dla dzieci z grup wysokiego ryzyka, w tym dzieci z obniżoną odpornością z powodu zakażenia wirusem HIV lub innych schorzeń, często podróżujących lub urodzonych w krajach o wysokim współczynniku zachorowań lub narażonych na kontakt z dorosłymi z kategorii wysokiego ryzyka. Zobacz wytyczne CDC. http://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/testing/TB_testing.htm .																																																																																									
Nie potrzebny test ☐ Test wykonany ☐ Test rodziny: Data przeczytania / / Wynik: Pozytywny ☐ Negatywny ☐ mm _____ Badanie krwi: Data zgłoszenia / / Wynik: Pozytywny ☐ Negatywny ☐ Wartość																																																																																									
TESTY LABORATORYJNE (zalecane)						Data						Wyniki												Data						Wyniki																																																											
Hemoglobina lub hematokryt																		Komórki sierpowate (jeśli wskazano)																																																																							
Analiza moczu																		Narzędzia do badań rozwojowych																																																																							
PRZEGLĄD SYSTEMOWY				Norma		Komentarze / uzupełnienia / potrzeby														Norma		Komentarze / uzupełnienia / potrzeby																																																																			
Skóra																Endokrynologiczny																																																																									
Uszy						Wynik badania przesiewowego:										Układ żołądkowo-jelitowy																																																																									
Oczy						Wynik badania przesiewowego:										Układ moczowo-płciowy						LMP																																																																			
Nos																Neurologiczne																																																																									
Gardło																Układ mięśniowo-szkieletowy																																																																									
Usta / zęby																Badanie kręgosłupa																																																																									
Układ sercowo-naczyniowy / HTN																Stan odżywienia																																																																									
Oddechowy						☐ Diagnoza astmy										Zdrowie psychiczne																																																																									
Obecnie przepisywane leki na astmę: ☐ Leki szybko działające (np. Short Acting Beta Agonist) ☐ Leki kontrolujące (np. Wziewny kortykosteroid)																		Inne																																																																							
POTRZEBY / MODYFIKACJE wymagane w środowisku szkolnym																		Potrzeby / ograniczenia dietetyczne																																																																							
INSTRUKCJE / URZĄDZENIA SPECJALNE np. Okulary ochronne, szklane oko, ochraniacz klatki piersiowej na arytmię, rozrusznik serca, urządzenie protetyczne, most dentystyczny, sztuczne zęby, stabilizator / ochrona sportowa																																																																																									
ZDROWIE PSYCHICZNE / INNE Czy jest coś jeszcze, co szkoła powinna wiedzieć o tym uczniu? Jeśli chciałbyś omówić stan zdrowia tego ucznia ze personelem szkolnym lub szkolnym personelem medycznym, sprawdź tytuł: ☐ Pielęgniarka ☐ Nauczyciel ☐ Doradca ☐ Dyrektor																																																																																									
DZIAŁANIE W SYTUACJACH NAGŁYCH potrzebne w szkole ze względu na stan zdrowia dziecka (np. Drgawki, astma, użądlenie owadów, żywność, alergia na orzeszki ziemne, problemy z krwawieniami, cukrzyca, problemy z sercem)? Tak ☐ Nie ☐ Jeśli tak, proszę opisać.																																																																																									
Na podstawie badania przeprowadzonego w tym dniu wyrażam zgodę na udział tego dziecka w (Jeśli nie lub zmodyfikowano, proszę załączyć wyjaśnienie).																																																																																									
WYCHOWANIE FIZYCZNE Tak ☐ Nie ☐ Zmodyfikowano ☐																		SPORTYMIĘDZYSZKOLNE Tak ☐ Nie ☐ Zmodyfikowano ☐																																																																							
Nazwisko drukowanymi literami																		(MD, DO, APN, PA)										Podpis								Data																																																					
Adres																																				Telefon																																																					

INFORMACJE DENTYSTYCZNE I KLINICZNE

Badanie stomatologiczne wykonywane przez licencjonowanego lekarza stomatologa jest wymagany dla wszystkich **przedszkoli, 2. i 6th uczniowie klas**. Należy pamiętać, że **WYŁĄCZNIE** formularz Departamentu Zdrowia Publicznego stanu Illinois DOWODU SZKOLNEGO BADANIA STOMATOLOGICZNEGO będzie akceptowany. Osoby potrzebujące FORMULARZA [ZRZECZENIA SIĘ BADANIA STOMATOLOGICZNEGO](#) [proszone są](#) o odwiedzenie strony internetowej Okręgu 95 pod adresem www.lz95.org w ramach Wydziału Opieki Zdrowotnej lub zażądanie takiego [formularza](#) w szkole dziecka.

Poniżej znajduje się lista klinik dentystycznych świadczących usługi na rzecz Departamentu Zdrowia Hrabstwa Lake. Te kliniki są dostępne dla wszystkich mieszkańców hrabstwa Lake. Dostępne są rozliczenia osób trzecich za Medicaid, Medicare lub ubezpieczenie. Opłaty są obliczane na podstawie potrzebnych usług, z dostosowaniami w zależności od dochodu osoby lub rodziny. Nikomu nie odmawia się świadczenia usług z powodu niemożności zapłaty.

Godziny i dni otwarcia kliniki różnią się w zależności od lokalizacji. Aby uzyskać więcej informacji, zadzwoń pod numer 847-377-8800, aby umówić się na spotkanie w dowolnej z poniższych lokalizacji.

Lokalizacje klinik stomatologicznych:

Budynek medyczny Belvidere 2400 Belvidere Road Waukegan, IL 60085 (Na wschód od McAree Road)	Budynek medyczny i dentystyczny Midlakes 224 Clarendon Avenue Plaża Round Lake, IL 60073 (Na rogu Cedar Lake i Clarendon)
Centrum zdrowia w północnym Chicago 2215 14th Street North Chicago, IL 60064	Centrum Zdrowia Grand Avenue 3010 Grand Avenue Waukegan, IL 60085
Centrum zdrowia North Shore 1840 Green Bay Road Highland Park, IL	Centrum Zdrowia Zion 1911 27th St Zion, IL 60099

Aby uzyskać więcej informacji lub umówić się na wizytę, zadzwoń pod powyższe numery lub odwiedź: <http://health.lakecountyil.gov/primary/pages/dental-services.aspx>

Dla osób z ubezpieczeniem dentystycznym w All Kids:

Centrum Stomatologiczne Mundelein 333 East Route 83 Mundelein, IL 60060 847.566.7212	DentaQuest of Illinois 1.888.286.2447
---	--



POTWIERDZENIE FORMULARZA SZKOLNEGO BADANIA STOMATOLOGICZNEGO

Wypełnia rodzic (prosimy wypełnić drukowanymi literami):

Imię i nazwisko ucznia:	Nazwisko	Imię	Drugie imię	Data urodzenia: (Miesiąc dzień rok) / /
Adres:	Ulica	Miejscowość	Kod pocztowy	Telefon
Nazwa szkoły:	Klasa			Płeć ☐ Męska ☐ Żeńska
Rodzic lub opiekun:	Adres (rodzica / opiekuna):			

Wypełnia dentysta:

Stan zdrowia jamy ustnej (zaznacz wszystkie pasujące odpowiedzi)

- ☐ Tak ☐ Nie **Obecność plomb dentystycznych**
- ☐ Tak ☐ Nie **Próchnica Doświadczenie / historia leczenia** - Wypełniania (czasowe / stałe) lub zęby, brakujące w wyniku próchnicy lub brak stałego zęba 1st trzonowego.
- ☐ Tak ☐ Nie **Nieleczona próchnica** - co najmniej 1/2 mm utraty struktury zęba na powierzchni szkliva. Brązowe do ciemnobrązowego zabarwienie ścian zmiany. Kryteria te dotyczą ubytków kawitacyjnych w jamie ustnej i bruzdach, a także na gładkich powierzchniach zębów. W przypadku zatrzymania korzenia należy przyjąć, że cały ząb został zniszczony przez próchnicę. Złamane lub wyszczerbione zęby oraz zęby z tymczasowymi wypełnieniami są uważane za zdrowe, chyba że występuje również ubytek kawitacyjny.
- ☐ Tak ☐ Nie **Patologia tkanek miękkich**
- ☐ Tak ☐ Nie **Wada zgryzu**

Potrzeby leczenia (zaznacz wszystkie pasujące odpowiedzi)

- ☐ **Pilne leczenie** - ropień, ekspozycja nerwów, zaawansowany stan chorobowy, oznaki lub objawy, które obejmują ból, infekcję lub obrzęk
- ☐ **Pielęgnacja** odtwórcza - amalgamaty, kompozyty, korony itp.
- ☐ **Opieka profilaktyczna** - plombowanie, fluoryzacja, profilaktyka
- ☐ **Inne** - periodontologiczne, ortodontyczne

UWAGA: _____

Podpis dentysty _____

Data badania _____

Adres _____
Ulica Miejscowość Kod pocztowy

Telefon _____





Stan Illinois

Raport z badania okulistycznego

Prawo stanu Illinois wymaga, aby dowód badania wzroku przeprowadzony przez optometrystę lub lekarza (np. Okulistę), który przeprowadza badania okulistyczne, został przedłożony szkole nie później niż 15 października roku, w którym dziecko jest po raz pierwszy zapisane lub zgodnie z wymaganiami szkoły dla innych dzieci. Badanie musi zostać wykonane w ciągu jednego roku przed pierwszym dniem roku szkolnego, w którym dziecko po raz pierwszy rozpoczyna naukę w systemie szkolnym stanu Illinois. Rodzic każdego dziecka, które nie może przystąpić do badania, musi złożyć w szkole formularz zrzeczenia się.

Nazwisko ucznia _____
(Nazwisko) (Imię) (Inicjał drugiego imienia)

Data urodzenia _____ Płeć _____ Klasa _____
(Miesiąc dzień rok)

Rodzic lub opiekun _____
(Nazwisko) (Imię)

Telefon _____
(Numer kierunkowy)

Adres _____
(Numer) Ulica Miejscowość Kod pocztowy

Hrabstwo _____

Do uzupełnienia przez badanie lekarza

Historia przypadku

Data badania _____

Historia okulistyczna: ☐ Norma lub pozytywne dla _____

Historia medyczna: ☐ Norma lub pozytywne dla _____

Alergie na leki: ☐ NKDA lub alergia na _____

Inne informacje _____

Badanie

	Dystans			Blisko
	Prawe	Lewe	Oba	Oba
Nieskorygowana ostrość wzroku	20	20	20	20
Najlepsza skorygowana ostrość wzroku	20	20	20	20

Czy refrakcję wykonano z rozszerzeniem? ☐ Tak ☐ Nie

	Norma	Nieprawidłowy	Nie mogę ocenić	Komentarze
Badanie zewnętrzne (powieki, rzęsy, rogówka itp.)	☐	☐	☐	_____
Badanie wewnętrzne (ciało szkliste, soczewka, dno oka itp.)	☐	☐	☐	_____
Odruch źreniczny (żrenice)	☐	☐	☐	_____
Funkcja obuoczna (stereopsja)	☐	☐	☐	_____
Akomodacja i percepcja	☐	☐	☐	_____
Widzenie kolorów	☐	☐	☐	_____
Ocena jaskry	☐	☐	☐	_____
Ocena okulomotoryczna	☐	☐	☐	_____
Inne	☐	☐	☐	_____

UWAGA: „Niezdolny do oceny” odnosi się do niezdolności dziecka do ukończenia badania, a nie do niezdolności lekarza do wykonania testu.

Diagnoza

☐ normalna ☐ krótkowzroczność ☐ nadwzroczność ☐ astygmatyzm ☐ zez ☐ niedowidzenie

☐ Inne _____



Stan Illinois Raport z badania okulistycznego

Zalecenia

1. Soczewki korekcyjne: ☐ Nie ☐ Tak, okulary lub soczewki kontaktowe należy nosić w celu:
☐ Stałe użycie ☐ Widzenie z bliska ☐ Widzenie z daleka
☐ Można zdejmować na lekcjach wychowania fizycznego

2. Zalecane miejsca preferencyjne: ☐ Nie ☐ Tak Komentarze _____

3. Zalecam ponowne badanie: ☐ 3 miesiące ☐ 6 miesięcy ☐ 12 miesięcy
☐ Inne _____

4. _____

5. _____

Nazwa wydruku _____
Optometrysta lub lekarz (np. Okulista)
który przeprowadził badanie wzroku ☐ MD ☐ OD ☐ DO

Numer licencji _____

Adres _____

Telefon _____

Podpis _____

Data _____

Zgoda rodzica lub opiekuna

Wyrażam zgodę na udostępnienie powyższych informacji o moim dziecku lub podopiecznym odpowiednim władzom szkolnym lub zdrowotnym.

(Podpis rodzica lub opiekuna)

(Data)

(Źródło: Zmieniono na 32 Ill. Reg. _____, efektywny _____)