



## Proviso Township High Schools District 209

### Parent/Guardian Registration Information for FRESHMEN AND NEW STUDENTS

Proviso East High School  
807 South 1st Avenue  
Maywood, IL 60153  
(708) 344-7000

Proviso West High School  
4701 W. Harrison Street  
Hillside, IL 60162  
(708) 449-6400

Proviso Math & Science Academy  
8601 W. Roosevelt Road  
Forest Park, IL 60130  
(708) 338-4100

Dear Parents/Guardians:

Welcome to District 209! Enclosed is your packet of information detailing all of the items needed to complete registration for the 2019-2020 school year. All registration will take place by mail or drop off at the Main Office at your child's school. Please return all signed documents in the enclosed self-addressed envelope. When you are ready to mail it, fill in your return address and place the required postage on the envelope. All registration envelopes must be postmarked or returned to the school **no later than Thursday, July 11, 2019**.

**You are required to submit registration fees at the time of registration.** Payment for fees may be in the form of a check (made out to *Proviso Township High Schools District 209*), money order, credit card, or cash. Please do not mail cash. All registration packets, **including payment**, must be postmarked or returned to the school **no later than Thursday, July 11, 2019** to qualify for the early registration fee of \$150. Registration received or postmarked **after Thursday, July 11, 2019** will pay the regular registration fee of \$250.

Forms included:

- New Student Data Form
- Parent/Guardian Information and Communication Form
- Verification of Residency Form
- Home Language Survey Form
- Agricultural Employment Survey Form
- Release Forms
- Physical Forms
- Fee Waiver Forms

If you have any questions, feel free to call the main office at your student's school: Proviso East (708) 344-7000, Proviso West (708) 449-6400, or PMSA (708) 338-4100.

Sincerely,

**Dr. Patrick Hardy**  
Principal  
Proviso East High School

**Dr. Nia Abdullah**  
Principal  
Proviso West High School

**Dr. Bessie Karvelas**  
Principal  
Proviso Math & Science Academy



## Proviso Township High Schools District 209

### Información de registro del padre/guardián para estudiantes nuevos o de noveno grado

Proviso East High School  
807 South 1st Avenue  
Maywood, IL 60153  
(708) 344-7000

Proviso West High School  
4701 W. Harrison Street  
Hillside, IL 60162  
(708) 449-6400

Proviso Mathematics  
and Science Academy  
8601 W. Roosevelt Road  
Forest Park, IL 60130  
(708) 338-4100

Queridos padres/tutores:

¡Bienvenido a Distrito 209! Adjunto es su paquete de información detallando todos los artículos necesarios para completar el registro para el año escolar 2019-2020. Todo el registro se llevará a cabo por correo o se entregará en la oficina principal de la escuela de su hijo. Por favor devolver todos los documentos firmados en el sobre con autodirigido adjunto. Cuando esté listo para enviarlo por correo, rellene su dirección de devolución y coloque la estampilla adecuada en el sobre. Todos los sobres de inscripción deben ser posmarcados o devueltos a la escuela **no más tarde de jueves el 11 de julio de 2019**.

**Usted está obligado a presentar los honorarios de inscripción en el momento del registro.** El pago por honorarios puede ser en forma de un cheque (hecho a *Proviso Township High Schools District 209*), giro postal, tarjeta de crédito o efectivo. Por favor, no envíe dinero en efectivo. Todos los registros paquetes, **incluido el pago**, debe ser posmarcado o devuelto a la escuela **no más tarde de jueves el 11 de julio de 2019** para calificar para la cuota de inscripción anticipada de \$150. Registro recibido o posmarcados **después de jueves el 11 de julio de 2019** va a pagar la cuota regular de inscripción de \$250.

Formularios incluidos:

- Formulario de datos para nuevos estudiantes
- Formulario de información y comunicación para padres/guardianes legales
- Formulario de verificación de residencia
- Formulario de encuesta de idioma del hogar
- Formulario de encuesta de empleo agricultura
- Formulario de divulgación de información
- Formulario de examen físico
- Formulario de inscripción gratis o reducida

Si tiene alguna pregunta, por favor de hablar a la oficina central de las escuela que le pertenece a su estudiante:  
Proviso East (708) 344-7000, Proviso West (708) 449-6400, o PMSA (708) 338-4100.

Sinceramente

**Dr. Patrick Hardy**  
**Director**  
**Proviso East High School**

**Dr. Nia Abdullah**  
**Directora**  
**Proviso West High School**

**Dr. Bessie Karvelas**  
**Directora**  
**Proviso Mathematics  
and Science Academy**



## Proviso Township High Schools District 209 2019-2020 Fee Schedule

### **Mandatory Fees**

Early Registration—due by Thursday, July 11 (postmarked no later than July 11)	\$ 150.00
Regular Registration—After July 11 through the end of first semester	\$ 250.00
Regular Registration—beginning second semester	\$ 150.00
Technology Fee – Due at registration	\$ 40.00
Hardship Waiver (Registration) —pending approved Fee Waiver form	\$ 0.00
Driver’s Education—Behind the Wheel (BTW)	\$ 175.00
Driver’s Education-Behind the Wheel (BTW)-Reduced Fee	\$ 45.00
Barber/Cosmetology Course Fee (Annual)	\$ 500.00
Barber/Cosmetology Course Fee – Reduced Fee	\$ 90.00
Physical Education Uniform	\$ 10.00 each piece

### **Elective Courses (cost is per 1/2 credit or per semester)**

Art	\$ 15.00
Family and Consumer Sciences	\$ 15.00
Applied Technology	\$ 15.00
Music	\$ 15.00
Visual Arts	\$ 15.00
Digital Imaging	\$ 15.00
Bands	\$ 15.00

### **Other Fees**

Activity/Club Participation	\$ 25.00
Activity Pass	\$ 10.00
Advanced Placement Test Fee (To be determined by College Board)	\$
Alumni Transcripts	\$ 5.00
Athletic Participation	\$ 35.00
Credit Recovery	\$ 100.00
Graduation	TBD
Heart Rate Monitor Strap (Replacement) (PMSA)	\$ 15.00
ID Replacement	\$ 5.00
Lanyards	\$ 2.00
Lost Textbook	Varies by class
Sweatpants w/School Name	\$ 15.00
Workbooks	Varies by class
Yearbook	\$ 50.00

### **Withdrawal Refund**

First Day of School to October 11	100%
October 15 and beyond (no refund)	0%
January 3 to March 13 (*second semester registrants only)	100%
March 16 and beyond (*second semester registrants only)	0%

### **Items to Note:**

- Only Mandatory fees are waivable; “Other Fees” are not waivable
- Withdrawal refunds are based on amount paid (early vs. regular)
- Athletic/Activity participation fee is one time only
- Activity Pass will not be eligible for specified contest admissions
- All other refunds, not due to withdrawal, will only be issued at the close of each semester pending satisfaction of all outstanding balances due to the school
- Registration fees as listed also apply to all Proviso students including PAEC and other out-of-District placement.



## Proviso Township High Schools District 209 2019-2020 Calendario de cuotas

### Honorarios obligatorios

Registro anticipado— enviar antes del jueves 11 de julio (con matasellos a más tardar el 11 de julio)	\$ 150.00
Registro regular— Después del 11 de julio hasta el final del primer semestre	\$ 250.00
Registro regular— comenzando el segundo semestre	\$ 150.00
Tarifa de tecnología - Vencida en el registro	\$ 40.00
Exención de dificultades — pendiente de exención o reducción de cuotas aprobadas forma	\$ 0.00
Reducción de dificultades — pendiente de exención o reducción de cuotas aprobados forma	\$ 45.00
Educación de conductor—Behind the Wheel (BTW)	\$ 175.00
Educación de conductor – Behind the Wheel (BTW) – Tarifa reducida	\$ 45.00
Honorario del curso del peluquero/de la cosmetología (anual)	\$ 500.00
Honorario del curso del peluquero/de la cosmetología (honorario reducido)	\$ 90.00
Uniforme de educación física	\$ 10.00 cada pieza

### Cursos electivos (el costo es por 1/2 crédito o por semestre)

Arte	\$ 15.00
Ciencias de la familia y del consumidor	\$ 15.00
Tecnología aplicada	\$ 15.00
Música	\$ 15.00
Artes visuales	\$ 15.00
Imágenes digitales	\$ 15.00
Bandas	\$ 15.00

### Otros honorarios

Actividad/participación de los clubes	\$ 25.00
Pase de actividad	\$ 10.00
Cuota de prueba de colocación avanzada (a determinar por College Board)	\$
Transcripciones de egresados	\$ 5.00
Participación atlética	\$ 35.00
Recuperación de crédito	\$ 100.00
Graduación	TBD
Correa del monitor de ritmo cardíaco (reemplazo) (PMSA)	\$ 15.00
Reemplazo de la identificación	\$ 5.00
Acolladores	\$ 2.00
Libro perdido	Varía según la clase
Pantalones deportivos con nombre de escuela	\$ 15.00
Libros de ejercicios	Varía según la clase
Anuario	\$ 50.00

### Reembolso del retiro

Primer día de clases al 11 de octubre	100%
15 de octubre y más allá (sin reembolso)	0%
3 de enero al 13 de marzo (* sólo para los registrantes del segundo semestre)	100%
16 de marzo y más allá (* los registrantes del segundo semestre solamente)	0%

### Elementos a tener en cuenta:

- Solamente los honorarios obligatorios son renunciables; Otros honorarios no son renunciables
- Las restituciones por retiro se basan en la cantidad pagada (anticipado versus regular)
- El honorario de la participación del atletismo/de la actividad es una sola vez
- Pase de actividad no será elegible para admisiones de concurso especificadas
- Todos los demás reembolsos, no debido a la retirada, sólo se emitirá al cierre de cada semestre pendiente de satisfacción de todos los saldos pendientes debido a la escuela
- Los honorarios de inscripción mencionados también se aplican a todos los estudiantes de salvedad incluyendo PAEC y otros fuera de ubicación del distrito.



## Proviso Township High Schools District 209 2019-2020 New Student Data Form

Please provide the following information for your child.

Item	Please Provide the Requested Information				
<b>Date</b>			<b>Illinois Student ID Number, if known</b>		
<b>Last Name</b>					
<b>First Name</b>					
<b>Middle Name (optional)</b>					
<b>Date of Birth</b>					
<b>Address</b>					
<b>City</b>			<b>State</b>		<b>Zip</b>
<b>Gender</b>		Female		Male	
<b>Is Student Hispanic/Latino?</b>		Not Hispanic/Latino		Yes, Hispanic/Latino	
<b>What is the student's race?</b>		American Indian or Alaska Native			
		Asian			
		Black or African American			
		Native Hawaiian or Other Pacific Islander			
		White			
<b>Name of last school attended</b>			<b>School Type</b>		
			Middle School/Junior High		High School
<b>What is the student's expected grade level for 2019-2020?</b>					

In which country was your child born?  United States  Other (please specify) \_\_\_\_\_

Date first enrolled in a US school, if not born in the US \_\_\_\_\_

Does your child receive special education services?  Yes  No

Does your child, at any time during the current enrollment, have at least one parent or legal guardian who is a member of the Army, Navy, Air Force, Marine Corps, or Coast Guard and is full-time duty in the active military service of the United States?  Yes  No



**Proviso Township High Schools District 209**  
**2019-2020 Formulario de datos para nuevos estudiantes**

Por favor proporcione la siguiente información para su hijo.

Artículo	Por favor proporcione la información solicitada				
Fecha	Número de identificación de estudiante de Illinois, si se conoce				
Apellido					
Primer nombre					
Segundo nombre (opcional)					
Fecha de nacimiento					
Dirección					
Ciudad	Estado		Zip		
Género		Mujer		Hombre	
¿Es estudiante hispano/latino?		No Hispano/Latino		Sí, Hispano/Latino	
¿Cuál es la raza del estudiante?		Indio americano o nativo de Alaska			
		Asiático			
		Afroamericano			
		Hawaiano nativo o Otros isleño del Pacífico			
		Caucásico			
Nombre de la última escuela a la que asistió	Tipo de escuela		Escuela Intermedia (grado 8)		Escuela secundaria
¿Cuál es el nivel de grado esperado del estudiante para 2019-2020?					

¿En qué país nació su hijo?             Estados Unidos             Otros (Sírvese especificar) \_\_\_\_\_

La fecha se inscribió por primera vez en una escuela estadounidense, si no nació en los Estados Unidos \_\_\_\_\_

¿Recibe su hijo servicios de educación especial?             Sí             No

¿Su hijo, en cualquier momento durante la inscripción actual, tiene al menos un padre o tutor legal que es miembro del ejército, la Armada, la fuerza aérea, el cuerpo de Marinas o guardacosta y es un deber a tiempo completo en el servicio militar activo de los Estados Unidos?             Sí             No



Proviso Township High Schools District 209  
Parent/Guardian Information and Communication Form

Student Name \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

**Parent/Guardian Information**

If you have more than 2 parents/guardians to add to a student record, please contact the office for the Additional Contacts Form.

Person 1 Name: \_\_\_\_\_ Relationship:  Mother  Father  Guardian  Other \_\_\_\_\_

Student lives with this person?  Yes  No Emergency Contact?  Yes  No Authorized to pick up student?  Yes  No

Address: \_\_\_\_\_ City/State/Zip: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

Cell Phone: \_\_\_\_\_ May we send text/SMS messages to this cell number?  Yes  No

E-mail Address: \_\_\_\_\_ Alternate E-mail Address: \_\_\_\_\_

Person 2 Name: \_\_\_\_\_ Relationship:  Mother  Father  Guardian  Other \_\_\_\_\_

Student lives with this person?  Yes  No Emergency Contact?  Yes  No Authorized to pick up student?  Yes  No

Address: \_\_\_\_\_ City/State/Zip: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

Cell Phone: \_\_\_\_\_ May we send text/SMS messages to this cell number?  Yes  No

E-mail Address: \_\_\_\_\_ Alternate E-mail Address: \_\_\_\_\_

**Emergency Contact Information (other than parent or guardian)**

The person we will call if we cannot reach a parent or guardian.

Emergency 1 Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone #1: \_\_\_\_\_

Is this person authorized to pick up student from school?  Yes  No Phone #2: \_\_\_\_\_

Emergency 2 Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone #1: \_\_\_\_\_

Is this person authorized to pick up student from school?  Yes  No Phone #2: \_\_\_\_\_

Emergency 2 Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone #1: \_\_\_\_\_

Is this person authorized to pick up student from school?  Yes  No Phone #2: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date



Proviso Township High Schools District 209  
Formulario de información y comunicación para padres/guardianes legales

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

***Información del padre/guardianes legales***

Si tiene más de 2 padres/tutores para agregar a un registro de estudiante, comuníquese con la oficina para obtener el formulario de contactos adicionales.

Nombre de la persona 1: \_\_\_\_\_ Relación:  Madre  Padre  Guardián  Otro \_\_\_\_\_

¿El estudiante vive con esta persona?  Sí  No ¿Contacto de emergencia?  Sí  No ¿Autorizado para recoger al alumno?  Sí  No

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ ¿Podemos enviar mensajes de texto/SMS a este número de celular?  Yes  No

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Correo electrónico alternativa: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona 2: \_\_\_\_\_ Relación:  Madre  Padre  Guardián  Otro \_\_\_\_\_

¿El estudiante vive con esta persona?  Sí  No ¿Contacto de emergencia?  Sí  No ¿Autorizado para recoger al alumno?  Sí  No

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ ¿Podemos enviar mensajes de texto/SMS a este número de celular?  Yes  No

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Correo electrónico alternativa: \_\_\_\_\_

***Información de contacto de emergencia (que no sea el padre o tutor)***

La persona a la que llamaremos si no podemos comunicarnos con un padre o tutor.

Nombre de contacto de emergencia #1: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono #1: \_\_\_\_\_

¿Autorizado para recoger al alumno?  Yes  No Teléfono #2: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto de emergencia #2: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono #1: \_\_\_\_\_

¿Autorizado para recoger al alumno?  Yes  No Teléfono #2: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto de emergencia #3: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono #1: \_\_\_\_\_

¿Autorizado para recoger al alumno?  Yes  No Teléfono #2: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha





# Proviso Township High Schools District 209 Verification of Residency Form

Student Name \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

***If you own your home or rent/lease you must provide documentation showing where you live. Please check and attach a copy of three (3) of the following documents. You should black out account and social security numbers on the documents.***

***ALL DOCUMENTS MUST BE CURRENT AND SHOW YOUR NAME AND ADDRESS.***

<b><i>Category A – One (1) document</i></b>	<b><i>Category B – Two (2) documents</i></b>	
<input type="checkbox"/> Real estate tax bill	<input type="checkbox"/> Gas bill	<input type="checkbox"/> Medicaid or Public Aid card
<input type="checkbox"/> Signed lease	<input type="checkbox"/> Electric bill	<input type="checkbox"/> Credit card statement
<input type="checkbox"/> Mortgage document or payment book	<input type="checkbox"/> Water/sewer bill	<input type="checkbox"/> Pay check stub
<input type="checkbox"/> Residency attestation	<input type="checkbox"/> Phone bill (not cell)	<input type="checkbox"/> City sticker receipt
<input type="checkbox"/> Military housing letter	<input type="checkbox"/> Cable bill	<input type="checkbox"/> Driver's license/State ID
<input type="checkbox"/> Section 8 letter	<input type="checkbox"/> Vehicle registration	<input type="checkbox"/> Bank statement
<input type="checkbox"/> Other* _____	<input type="checkbox"/> Other* _____	

\*Please contact the registration staff if you are having trouble collecting all three documents.

**The District may require a home visit and/or additional documentation to verify residency.**

***If you do NOT own or lease the home in which you live, please have the property owner complete below:***

Property Owner \_\_\_\_\_, **owner / leaseholder / landlord** of the residence  
*First and Last Name* *Circle one*  
located at \_\_\_\_\_  
*Number, Street, Apt. #* *City* *State* *Zip*

I attest that the student(s) named above and his/her guardian(s) have been living at the above address since  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ and to the best of my knowledge will continue to reside at this address until \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.  
*Date* *Date*

\_\_\_\_\_  
*Owner / Leaseholder / Landlord Signature* *Date*  
\_\_\_\_\_  
*Address* *Phone*

***Property owners must attach a copy of their current real estate document. Leaseholders must attach a copy of their current lease. Landlords may be asked to provide additional information at a later time.***

***If your family does not have a permanent residence, please complete the information below:***

Our family has not had a permanent residence since: \_\_\_\_\_  
Address of last permanent residence: \_\_\_\_\_  
Last school attended: \_\_\_\_\_  
*Name* *Address*

*Your child may qualify for additional services-please ask the registration staff for more information or contact the District's McKinney-Vento Liaison at 708-338-5919.*



Escuelas preparatorias del municipio de Proviso distrito 209  
Formulario de verificación de residencia

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

**Si usted es dueño de su casa o tiene que alquilar/arrendar, debe proporcionar documentación que muestre donde vives. Por favor, marque y adjunte una copia de tres (3) de los siguientes documentos. Debe bloquear los números de cuenta y seguridad social en los documentos.**

**Todos los documentos deben ser actual Y mostrar su nombre y dirección.**

<b>Categoría A – un (1) documento</b>	<b>Categoría B – dos (2) documentos</b>	
<input type="checkbox"/> Factura de impuestos inmobiliarios	<input type="checkbox"/> Factura de gas	<input type="checkbox"/> Medicaid o Tarjeta de ayuda pública
<input type="checkbox"/> Contrato firmado	<input type="checkbox"/> Factura eléctrica	<input type="checkbox"/> Declaración de tarjeta de crédito
<input type="checkbox"/> Documento hipotecario o libro de pagos	<input type="checkbox"/> Proyecto de ley de agua/alcantarilla	<input type="checkbox"/> Talón de cheques de pago
<input type="checkbox"/> Certificación de residencia	<input type="checkbox"/> Factura de teléfono (no celular)	<input type="checkbox"/> Recibo de etiqueta de ciudad
<input type="checkbox"/> Carta de vivienda militar	<input type="checkbox"/> Factura de cable	<input type="checkbox"/> Licencia de conducir/identificación del estado
<input type="checkbox"/> Sección 8 carta	<input type="checkbox"/> Matrículas	<input type="checkbox"/> Estados del banco
<input type="checkbox"/> Otros* _____	<input type="checkbox"/> Otros* _____	

\* Póngase en contacto con el personal de registro si tiene problemas para recoger los tres documentos.

**El Distrito puede requerir una visita al hogar y/o documentación adicional para verificar la residencia.**

**Si lo hace no propio o arrendamiento el hogar en el que vives, por favor, tenga el dueño de la propiedad completa a continuación:**

Dueño de la propiedad \_\_\_\_\_, propietario/arrendatario/propietario de la residencia  
*Nombre y apellido* *Circulo uno*  
encuentra en \_\_\_\_\_  
*Número, calle, apt. #* *Ciudad* *Estado* *Zip*

Testifico que el (los) estudiante (s) nombrado arriba y su (s) tutor (es) han estado viviendo en el antedicho Dirección desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ y a lo mejor de mi conocimiento continuará residiendo en esta dirección hasta el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
*Fecha* *Fecha*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
*Dueño/arrendatario/firma del propietario* *Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Dirección* *Teléfono*

**Los propietarios deben adjuntar una copia de su actual documento inmobiliario. Arrendatarios debe adjuntar una copia de su contrato de arrendamiento actual. Se puede pedir a los propietarios que proporcionen información adicional en un momento posterior.**

**Si su familia no tiene residencia permanente, por favor complete la siguiente información:**

Nuestra familia no ha tenido una residencia permanente desde: \_\_\_\_\_  
Dirección de la última residencia permanente: \_\_\_\_\_  
Última escuela atendida: \_\_\_\_\_  
*Nombre* *Dirección*

*Su hijo puede calificar para servicios adicionales-por favor pregunte al personal de registro para más información o comuníquese con el District McKinney-Vento enlace en 708-338-5919.*



## Proviso Township High Schools District 209 Home Language Survey Form

Student's Name \_\_\_\_\_  
Last First Middle

Date of Birth \_\_\_\_\_ ID Number \_\_\_\_\_

Previous School \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

The state requires the district to collect a **Home Language Survey** for every student new to the district. This information is used to count students whose families speak a language other than English at home. It also helps identify students who need to be assessed for English language proficiency.

1. Is a language other than English spoken in your home?  No  Yes \_\_\_\_\_  
Language

2. Does your child speak a language other than English?  No  Yes \_\_\_\_\_  
Language

3. Was your child participating in a bilingual or ESL program before coming to this school?  No  Yes  
If so, where? \_\_\_\_\_ What Grades? \_\_\_\_\_

If the answer to either question 1 or 2 is 'yes', the law requires the school to assess your child's English language proficiency.

Signature of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**For Office Use Only**

Date received by ELL Coordinator \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Coordinator Signature \_\_\_\_\_



**Proviso Township High Schools Distrito 209**  
**Formulario de encuesta de lengua del hogar**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_  
*Apellido* *Nombre* *Segundo nombre*

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de identificación \_\_\_\_\_

Última escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

El estado exige que el distrito colecte una **Encuesta sobre el idioma que se habla en casa** de todos los estudiantes nuevos al distrito. Esta información se utilizará para contar los estudiantes cuyas familias, en su casa, hablan otro idioma aparte del inglés. También ayuda a identificar a los estudiantes que necesitan ser evaluados en su habilidad en el uso del idioma de inglés.

1. ¿Hay otro idioma, aparte del inglés, que no sea habla en su casa?  No  Sí \_\_\_\_\_  
*Idioma*

2. ¿Habla su hijo otro idioma que no sea el inglés?  No  Sí \_\_\_\_\_  
*Idioma*

3. ¿Estaba su hijo participando en un programa bilingüe o de ESL antes de venir a esta escuela?  No  Sí  
Si es así, ¿dónde? ¿\_\_\_\_\_ qué calificaciones? \_\_\_\_\_

*Si la respuesta a la pregunta 1 o 2 es "sí", la ley requiere que la escuela evalúe el dominio del idioma Inglés de su hijo.*

Firma del padre/madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Sólo para uso en la oficina**

Fecha de recepción por el Coordinador de ELL \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ . Firma del Coordinado



# Proviso Township High Schools District 209 Agricultural Employment Survey Form

Student Name \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

**Have you, and/or your spouse or companion moved in the last three years?**

- Yes If yes, from where? \_\_\_\_\_ Please complete the rest of this form.
- No **You do not need to complete the rest of this form. Thank you.**

**In the past three years, have**  **you**  **your spouse** **or**  **companion**

- Worked in agriculture or logging?
- Looked for work in agriculture or logging?
- Currently working in agriculture or logging?

**Please check all that apply:**

- on any type of farm producing dairy, beef, sheep, turkey, chicken, egg, fish, emu, fruit or vegetable
- commercial greenhouse or nursery
- hauling milk or raw agricultural products
- cheese plant, cannery, milk bottling plant or other food processing plant
- trimming and harvesting Christmas trees, wreath making
- logging activities such as cutting trees/firewood, brush cutting, chipping, debarking trees, forestry or timber work, tree planting/pruning
- in a slaughterhouse or smokehouse
- replanting or restoring land used for mining or clear-cutting purposes
- harvesting crops such as apples, grapes, hay, corn, and berries
- commercial fishing or fish farming

If your family qualifies for the Migrant Education Program, your child may receive **FREE** educational support services which may include free books, tutoring, summer programs, and/or resource referral for services in your area.

Parent Name \_\_\_\_\_ Date Completed \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Home Phone \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_

Please list all children ages 0 to 22 in your household (list additional names at bottom of form)

Child _____	Grade _____	School _____
Child _____	Grade _____	School _____
Child _____	Grade _____	School _____
Child _____	Grade _____	School _____

**For Office Use Only**

Date received by ELL Coordinator \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Coordinator Signature \_\_\_\_\_



**Proviso Township High Schools District 209**  
**Formulario de encuesta de empleo agricultura**

**Nombre del estudiante** \_\_\_\_\_ **ID #** \_\_\_\_\_ **Grado** \_\_\_\_\_

**Tienes, y/o ¿su cónyuge o compañero se mudó en los últimos tres años?**

- Sí Si es así, ¿de dónde? \_\_\_\_\_ Por favor complete el resto de este formulario.
- No **No necesita completar el resto de este formulario. Gracias.**

**En los últimos tres años, han**  **que**  **su cónyuge**  **O**  **Compañero**

- ¿trabajado en agricultura o madereo?
- ¿busca trabajo en agricultura o tala?
- ¿Actualmente trabaja en agricultura o madereo?

**Por favor marque todo lo que aplique:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> en cualquier tipo de granja Producir lechería, carne de vaca, ovejas, pavo, pollo, huevo, pescado, Emu, fruta o verdura | <input type="checkbox"/> actividades madereras tales como tala de árboles/leña, corte de malezas, astillas, árboles de descortezado, trabajos forestales o madereros, plantación de árboles/poda |
| <input type="checkbox"/> invernadero o vivero comercial  | <input type="checkbox"/> en un matadero o en un ahumado  |
| <input type="checkbox"/> acarrear leche o productos agrícolas crudos   | <input type="checkbox"/> replantar o restaurar la tierra utilizada para la minería o despejar-propósitos del corte   |
| <input type="checkbox"/> planta de queso, fábrica de conservas, planta embotelladora de leche u otra planta procesadora de alimentos             | <input type="checkbox"/> cosechando cosechas tales como manzanas, uvas, heno, maíz, y bayas  |
| <input type="checkbox"/> podando y cosechando los árboles de Navidad, guirnalda que hace   | <input type="checkbox"/> pesca comercial o piscicultura  |

Si su familia califica para el programa de Educación Migrante, su hijo puede recibir **LIBRE** servicios de apoyo educacional que pueden incluir libros gratuitos, tutorías, programas de verano, y/o referencias de recursos para servicios en su área.

Nombre del padre \_\_\_\_\_ Fecha de finalización \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Casa PAfilar \_\_\_\_\_ Célula PAfilar \_\_\_\_\_

Por favor enumere todos los niños de 0 a 22 años en su hogar (Enumere nombres adicionales En parte inferior del formulario)

Niño _____	Grado _____	Escuela _____
Niño _____	Grado _____	Escuela _____
Niño _____	Grado _____	Escuela _____
Niño _____	Grado _____	Escuela _____

**Sólo para uso en la oficina**

Fecha de recepción por el Coordinador de ELL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Firma del Coordinador \_\_\_\_\_



## Proviso Township High Schools District 209 Release Forms

***STUDENT AND PARENT SIGNATURES REQUIRED***

### **Military Recruiter Directory Information Release**

Student Name \_\_\_\_\_ ID Number \_\_\_\_\_

Public Act 92-527 amended section 10.20.5a of the Illinois School Code to require school districts serving students in grades 10 through 12 to make directory information available to military recruiters. Directory information is defined as a high school student's name, address and telephone number. School districts are required to notify parents and students of this requirement and to allow parents and student to decide if: (please check one)

- District 209 **may** release directory information for the above-named student to military recruiters.
- District 209 **may not** release directory information for the above-named student to military recruiters.

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

Parent/Guardian  
Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### **Photograph Release**

Student Name \_\_\_\_\_ ID Number \_\_\_\_\_

Please check one:

- I hereby grant Proviso Township High Schools District 209 the unrestricted right to use photographs, videotape, digital, or any other reproduction of the likeness of the above-named student, I understand that District 209 may publish or record these items in various manners, including, but not limited to, the following: annual reports, student handbooks, student newspapers, local television stations, community and daily newspapers, the district's website, and the student yearbook. I acknowledge that these publications or records will be widely distributed and that District 209 may also, with its discretion, release items to third parties for publication or reporting. I waive any rights I may have to the items and agree to hold District 209 harmless from any liability whatsoever arising from the use of the items.
- I do **NOT** grant District 209 the unrestricted right as described above.

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

Parent/Guardian  
Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



## Proviso Township High Schools District 209 Formulario de divulgación de información

### *Firmas de estudiante y padres requerido*

#### **Publicación de información del directorio de reclutadores militares**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Número de identificación \_\_\_\_\_

Ley pública 92-527 enmendada sección 10.20.5 a del código de la escuela de Illinois para requerir distritos escolares sirviendo a los estudiantes en los grados 10 al 12 para hacer la información de directorio disponible para reclutadores militares. La información del directorio se define como el nombre, dirección y número de teléfono de un estudiante de secundaria. Los distritos escolares deben notificar a los padres y estudiantes de este requisito y permitir que los padres y el estudiante decida si: (por favor marque uno)

- District 209 **Puede** Libere la información del directorio para el estudiante mencionado arriba a los reclutadores militares.
- District 209 **no puede** Libere la información del directorio para el estudiante mencionado arriba a los reclutadores militares.

Estudiante Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Padre/guardián  
Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

#### **Liberación de fotografías**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Número de identificación \_\_\_\_\_

Por favor marque uno:

- Por este medio concedo a salvedad Township distrito escolar 209 el derecho irrestricto a usar fotografías, videos, digitales, o cualquier otra reproducción de la semejanza del estudiante mencionado anteriormente, entiendo que el distrito 209 puede publicar o grabar estos artículos en diversas maneras, incluyendo, pero no limitado a, los siguientes: informes anuales, manuales del estudiante, periódicos del estudiante, estaciones locales de la televisión, periódico de la comunidad y del diario, el Web site del distrito, y el Anuario del estudiante. Reconozco que estas publicaciones o registros serán ampliamente Distribuido y que el distrito 209 también puede, con su discreción, liberar artículos a terceras partes para su publicación o presentación de informes. I renunciar a cualquier derecho que pueda tener a los artículos y de acuerdo en mantener District 209 inofensivo de cualquier responsabilidad que surja del uso de los artículos.
- Sí **No** Grant District 209 el derecho irrestricto como se ha descrito anteriormente.

Firma del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Padre/guardián  
Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_





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

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

**IMMUNIZATIONS: To be completed by health care provider. The mo/da/yr for every dose administered is required. If a specific vaccine is medically contraindicated, a separate written statement must be attached by the health care provider responsible for completing the health examination explaining the medical reason for the contraindication.**

REQUIRED Vaccine / Dose	DOSE 1			DOSE 2			DOSE 3			DOSE 4			DOSE 5			DOSE 6		
	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR
<b>DTP or DTaP</b>																		
<b>Tdap; Td or Pediatric DT</b> (Check specific type)	<input type="checkbox"/> Tdap	<input type="checkbox"/> Td	<input type="checkbox"/> DT	<input type="checkbox"/> Tdap	<input type="checkbox"/> Td	<input type="checkbox"/> DT	<input type="checkbox"/> Tdap	<input type="checkbox"/> Td	<input type="checkbox"/> DT	<input type="checkbox"/> Tdap	<input type="checkbox"/> Td	<input type="checkbox"/> DT	<input type="checkbox"/> Tdap	<input type="checkbox"/> Td	<input type="checkbox"/> DT	<input type="checkbox"/> Tdap	<input type="checkbox"/> Td	<input type="checkbox"/> DT
<b>Polio</b> (Check specific type)	<input type="checkbox"/> IPV	<input type="checkbox"/> OPV		<input type="checkbox"/> IPV	<input type="checkbox"/> OPV		<input type="checkbox"/> IPV	<input type="checkbox"/> OPV		<input type="checkbox"/> IPV	<input type="checkbox"/> OPV		<input type="checkbox"/> IPV	<input type="checkbox"/> OPV		<input type="checkbox"/> IPV	<input type="checkbox"/> OPV	
<b>Hib</b> Haemophilus influenza type b																		
<b>Pneumococcal Conjugate</b>																		
<b>Hepatitis B</b>																		
<b>MMR</b> Measles Mumps. Rubella										<b>Comments:</b>								
<b>Varicella</b> (Chickenpox)																		
<b>Meningococcal conjugate (MCV4)</b>																		
<b>RECOMMENDED, BUT NOT REQUIRED Vaccine / Dose</b>																		
<b>Hepatitis A</b>																		
<b>HPV</b>																		
<b>Influenza</b>																		
<b>Other: Specify Immunization Administered/Dates</b>																		

Health care provider (MD, DO, APN, PA, school health professional, health official) verifying above immunization history must sign below. If adding dates to the above immunization history section, put your initials by date(s) and sign here.

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

<b>ALTERNATIVE PROOF OF IMMUNITY</b>						
<b>1. Clinical diagnosis (measles, mumps, hepatitis B) is allowed when verified by physician and supported with lab confirmation. Attach copy of lab result.</b>						
*MEASLES (Rubeola) MO DA YR **MUMPS MO DA YR HEPATITIS B MO DA YR VARICELLA MO DA YR						
<b>2. History of varicella (chickenpox) disease is acceptable if verified by health care provider, school health professional or health official.</b>						
Person signing below verifies that the parent/guardian's description of varicella disease history is indicative of past infection and is accepting such history as documentation of disease.						
<b>Date of Disease</b>	<b>Signature</b>			<b>Title</b>		
<b>3. Laboratory Evidence of Immunity (check one) <input type="checkbox"/>Measles* <input type="checkbox"/>Mumps** <input type="checkbox"/>Rubella <input type="checkbox"/>Varicella Attach copy of lab result.</b>						
*All measles cases diagnosed on or after July 1, 2002, must be confirmed by laboratory evidence.						
**All mumps cases diagnosed on or after July 1, 2013, must be confirmed by laboratory evidence.						
<b>Completion of Alternatives 1 or 3 MUST be accompanied by Labs &amp; Physician Signature:</b> _____						
Physician Statements of Immunity MUST be submitted to IDPH for review.						

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

Last _____ First _____ Middle _____	Birth Date Month/Day/ Year	Sex	School	Grade Level/ ID
-------------------------------------	-------------------------------	-----	--------	-----------------

**HEALTH HISTORY TO BE COMPLETED AND SIGNED BY PARENT/GUARDIAN AND VERIFIED BY HEALTH CARE PROVIDER**

ALLERGIES (Food, drug, insect, other)	Yes No	List:	MEDICATION (Prescribed or taken on a regular basis.)	Yes No	List:
Diagnosis of asthma?		Yes No	Loss of function of one of paired organs? (eye/ear/kidney/testicle)		Yes No
Child wakes during night coughing?		Yes No	Hospitalizations? When? What for?		Yes No
Birth defects?		Yes No	Surgery? (List all.) When? What for?		Yes No
Developmental delay?		Yes No	Serious injury or illness?		Yes No
Blood disorders? Hemophilia, Sickle Cell, Other? Explain.		Yes No	TB skin test positive (past/present)?	Yes*	No
Diabetes?		Yes No	TB disease (past or present)?	Yes*	No
Head injury/Concussion/Passed out?		Yes No	Tobacco use (type, frequency)?	Yes	No
Seizures? What are they like?		Yes No	Alcohol/Drug use?	Yes	No
Heart problem/Shortness of breath?		Yes No	Family history of sudden death before age 50? (Cause?)	Yes	No
Heart murmur/High blood pressure?		Yes No	Dental <input type="checkbox"/> Braces <input type="checkbox"/> Bridge <input type="checkbox"/> Plate <input type="checkbox"/> Other		
Dizziness or chest pain with exercise?		Yes No	Information may be shared with appropriate personnel for health and educational purposes.		
Eye/Vision problems? _____ Glasses <input type="checkbox"/> Contacts <input type="checkbox"/> Last exam by eye doctor _____ Other concerns? (crossed eye, drooping lids, squinting, difficulty reading)			<b>Parent/Guardian Signature</b>		
Ear/Hearing problems?		Yes No	<b>Date</b>		
Bone/Joint problem/injury/scoliosis?		Yes No			

**PHYSICAL EXAMINATION REQUIREMENTS Entire section below to be completed by MD/DO/APN/PA**

**HEAD CIRCUMFERENCE if < 2-3 years old      HEIGHT      WEIGHT      BMI      BMI PERCENTILE      B/P**

**DIABETES SCREENING (NOT REQUIRED FOR DAY CARE) BMI>85% age/sex** Yes  No  And any two of the following: **Family History** Yes  No   
**Ethnic Minority** Yes  No  **Signs of Insulin Resistance** (hypertension, dyslipidemia, polycystic ovarian syndrome, acanthosis nigricans) Yes  No  **At Risk** Yes  No

**LEAD RISK QUESTIONNAIRE:** Required for children age 6 months through 6 years enrolled in licensed or public school operated day care, preschool, nursery school and/or kindergarten. (Blood test required if resides in Chicago or high risk zip code.)

**Questionnaire Administered?** Yes  No  **Blood Test Indicated?** Yes  No  **Blood Test Date** \_\_\_\_\_ **Result** \_\_\_\_\_

**TB SKIN OR BLOOD TEST** Recommended only for children in high-risk groups including children immunosuppressed due to HIV infection or other conditions, frequent travel to or born in high prevalence countries or those exposed to adults in high-risk categories. See CDC guidelines. [http://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/testing/TB\\_testing.htm](http://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/testing/TB_testing.htm)

No test needed  Test performed  **Skin Test: Date Read** / / **Result: Positive**  **Negative**  **mm** \_\_\_\_\_  
**Blood Test: Date Reported** / / **Result: Positive**  **Negative**  **Value** \_\_\_\_\_

LAB TESTS (Recommended)	Date	Results	Date	Results
Hemoglobin or Hematocrit				Sickle Cell (when indicated)
Urinalysis				Developmental Screening Tool

SYSTEM REVIEW	Normal	Comments/Follow-up/Needs	Normal	Comments/Follow-up/Needs
<b>Skin</b>			<b>Endocrine</b>	
<b>Ears</b>		Screening Result:	<b>Gastrointestinal</b>	
<b>Eyes</b>		Screening Result:	<b>Genito-Urinary</b>	LMP
<b>Nose</b>			<b>Neurological</b>	
<b>Throat</b>			<b>Musculoskeletal</b>	
<b>Mouth/Dental</b>			<b>Spinal Exam</b>	
<b>Cardiovascular/HTN</b>			<b>Nutritional status</b>	
<b>Respiratory</b>		<input type="checkbox"/> Diagnosis of Asthma	<b>Mental Health</b>	
Currently Prescribed Asthma Medication: <input type="checkbox"/> Quick-relief medication (e.g. Short Acting Beta Agonist) <input type="checkbox"/> Controller medication (e.g. inhaled corticosteroid)			<b>Other</b>	

**NEEDS/MODIFICATIONS** required in the school setting \_\_\_\_\_ **DIETARY** Needs/Restrictions \_\_\_\_\_

**SPECIAL INSTRUCTIONS/DEVICES** e.g. safety glasses, glass eye, chest protector for arrhythmia, pacemaker, prosthetic device, dental bridge, false teeth, athletic support/cup

**MENTAL HEALTH/OTHER** Is there anything else the school should know about this student?  
If you would like to discuss this student's health with school or school health personnel, check title:  Nurse  Teacher  Counselor  Principal

**EMERGENCY ACTION** needed while at school due to child's health condition (e.g., seizures, asthma, insect sting, food, peanut allergy, bleeding problem, diabetes, heart problem)?  
Yes  No  If yes, please describe.

On the basis of the examination on this day, I approve this child's participation in \_\_\_\_\_ (If No or Modified please attach explanation.)  
**PHYSICAL EDUCATION** Yes  No  **Modified**  **INTERSCHOLASTIC SPORTS** Yes  No  **Modified**

Print Name \_\_\_\_\_ (MD,DO, APN, PA) Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Address \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_



## State of Illinois Certificate of Child Health Examination

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

**IMMUNIZATIONS: To be completed by health care provider. The mo/da/yr for every dose administered is required. If a specific vaccine is medically contraindicated, a separate written statement must be attached by the health care provider responsible for completing the health examination explaining the medical reason for the contraindication.**

REQUIRED Vaccine / Dose	DOSE 1			DOSE 2			DOSE 3			DOSE 4			DOSE 5			DOSE 6		
	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR
<b>DTP or DTaP</b>																		
<b>Tdap; Td or Pediatric DT</b> (Check specific type)	<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT			<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT			<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT			<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT			<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT			<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT		
<b>Polio</b> (Check specific type)	<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV			<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV			<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV			<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV			<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV			<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV		
<b>Hib</b> Haemophilus influenzae type b																		
<b>Pneumococcal Conjugate</b>																		
<b>Hepatitis B</b>																		
<b>MMR</b> Measles Mumps. Rubella																		
<b>Varicella</b> (Chickenpox)																		
<b>Meningococcal conjugate (MCV4)</b>																		
<b>RECOMMENDED, BUT NOT REQUIRED Vaccine / Dose</b>																		
<b>Hepatitis A</b>																		
<b>HPV</b>																		
<b>Influenza</b>																		
<b>Other: Specify Immunization Administered/Dates</b>																		

**Comments:**

**Health care provider (MD, DO, APN, PA, school health professional, health official) verifying above immunization history must sign below. If adding dates to the above immunization history section, put your initials by date(s) and sign here.**

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

**ALTERNATIVE PROOF OF IMMUNITY**

**1. Clinical diagnosis (measles, mumps, hepatitis B) is allowed when verified by physician and supported with lab confirmation. Attach copy of lab result.**  
 \*MEASLES (Rubeola) MO DA YR \*\*MUMPS MO DA YR HEPATITIS B MO DA YR VARICELLA MO DA YR

**2. History of varicella (chickenpox) disease is acceptable if verified by health care provider, school health professional or health official.**  
 Person signing below verifies that the parent/guardian's description of varicella disease history is indicative of past infection and is accepting such history as documentation of disease.

<b>Date of Disease</b>	<b>Signature</b>	<b>Title</b>
------------------------	------------------	--------------

**3. Laboratory Evidence of Immunity (check one)  Measles\*  Mumps\*\*  Rubella  Varicella Attach copy of lab result.**  
 \*All measles cases diagnosed on or after July 1, 2002, must be confirmed by laboratory evidence.  
 \*\*All mumps cases diagnosed on or after July 1, 2013, must be confirmed by laboratory evidence.

**Completion of Alternatives 1 or 3 MUST be accompanied by Labs & Physician Signature: \_\_\_\_\_**  
 Physician Statements of Immunity MUST be submitted to IDPH for review.

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

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

**HISTORIAL MÉDICO- PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR PADRES/TUTOR Y VERIFICADO POR EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD**

ALERGIAS (Alimentos, drogas, insectos, otro)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Anótelas todas:	MEDICINAS (Anote todas las recetadas o tomadas con regularidad)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene diagnóstico de asthma? ¿Despierta el niño tosiendo en la noche?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Tiene pérdida de funciones en uno de los órganos? (Ojos/Oídos/Riñones/Testículos)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene defectos de nacimiento?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Ha sido hospitalizado? ¿Cuándo? ¿Para qué?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene retrasos del desarrollo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Ha tenido alguna cirugía?(anótelas todas) ¿Cuándo? ¿Para qué?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas de la sangre? Hemofilia, Glóbulos Falciformes (Sickle Cell), Otro	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Ha tenido heridas graves o enfermedades?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene diabetes?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Prueba positiva de TB (Pasado o Presente)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene heridas en la cabeza/golpe/desmayo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Enfermedad de TB (Pasado o Presente)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene convulsiones? Cómo se manifiestan?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Usa tabaco (tipo, frecuencia)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas cardiacos/No respira bien?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Toma alcohol/drogas?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene soplo en el corazón/presión arterial alta?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Historial de familiares de muerte repentina antes de los 50 años? ¿Causa?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene mareos o dolor de pecho al hacer ejercicios?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Problemas con los ojos/visión? <input type="checkbox"/> Lentes <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto <input type="checkbox"/> Último examen <input type="checkbox"/>			Dental <input type="checkbox"/> Ganchos <input type="checkbox"/> Puente <input type="checkbox"/> Placas <input type="checkbox"/> Otro	
¿Otras Preocupaciones? (bizco, párpados caídos, parpadear, dificultad cuando lee)				
¿Tiene problemas de los oídos/no oye bien?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		La información en este formulario se puede compartir con el personal apropiado para propósitos de salud y educación.	
¿Tiene problemas de los huesos/articulaciones/heridas/escoliosis?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>Firma del Padre/Tutor</b>	<b>Fecha</b>

**PHYSICAL EXAMINATION REQUIREMENTS Entire section below to be completed by MD/DO/APN/PA**

**HEAD CIRCUMFERENCE** if <2-3 years old      **HEIGHT**      **WEIGHT**      **BMI**      **B/P**

**DIABETES SCREENING** (NOT REQUIRED FOR DAY CARE) **BMI>85% age/sex** Yes  No  And any two of the following: **Family History** Yes  No   
**Ethnic Minority** Yes  No  **Signs of Insulin Resistance** (hypertension, dyslipidemia, polycystic ovarian syndrome, acanthosis nigricans) Yes  No  **At Risk** Yes  No

**LEAD RISK QUESTIONNAIRE:** Required for children age 6 months through 6 years enrolled in licensed or public school operated day care, preschool, nursery school and/or kindergarten. (Blood test required if resides in Chicago or high risk zip code.)

**Questionnaire Administered?** Yes  No       **Blood Test Indicated?** Yes  No       **Blood Test Date**      **Result**

**TB SKIN OR BLOOD TEST** Recommended only for children in high-risk groups including children immunosuppressed due to HIV infection or other conditions, frequent travel to or born in high prevalence countries or those exposed to adults in high-risk categories. See CDC guidelines. [http://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/testing/TB\\_testing.htm](http://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/testing/TB_testing.htm).

**No test needed**       **Test performed**       **Skin Test: Date Read** / /      **Result: Positive**  **Negative**       **mm** \_\_\_\_\_  
**Blood Test: Date Reported** / /      **Result: Positive**  **Negative**       **Value**

LAB TESTS (Recommended)	Date	Results	Date	Results
Hemoglobin or Hematocrit				Sickle Cell (when indicated)
Urinalysis				Developmental Screening Tool

SYSTEM REVIEW	Normal	Comments/Follow-up/Needs	Normal	Comments/Follow-up/Needs
Skin			Endocrine	
Ears		Screening Result:	Gastrointestinal	
Eyes		Screening Result:	Genito-Urinary	LMP
Nose			Neurological	
Throat			Musculoskeletal	
Mouth/Dental			Spinal Exam	
Cardiovascular/HTN			Nutritional status	
Respiratory		<input type="checkbox"/> Diagnosis of Asthma	Mental Health	

Currently Prescribed Asthma Medication:  
 Quick-relief medication (e.g. Short Acting Beta Agonist)  
 Controller medication (e.g. inhaled corticosteroid)

**NEEDS/MODIFICATIONS** required in the school setting      **DIETARY** Needs/Restrictions

**SPECIAL INSTRUCTIONS/DEVICES** e.g., safety glasses, glass eye, chest protector for arrhythmia, pacemaker, prosthetic device, dental bridge, false teeth, athletic support/cup

**MENTAL HEALTH/OTHER** Is there anything else the school should know about this student?  
If you would like to discuss this student's health with school or school health personnel, check title:  Nurse  Teacher  Counselor  Principal

**EMERGENCY ACTION** needed while at school due to child's health condition (e.g., seizures, asthma, insect sting, food, peanut allergy, bleeding problem, diabetes, heart problem)?  
**Yes**  **No**  If yes, please describe.

On the basis of the examination on this day, I approve this child's participation in \_\_\_\_\_ (If No or Modified please attach explanation.)

**PHYSICAL EDUCATION** Yes  No  Modified       **INTERSCHOLASTIC SPORTS** Yes  No  Modified

**Print Name** \_\_\_\_\_ (MD,DO, APN, PA)      **Signature** \_\_\_\_\_      **Date** \_\_\_\_\_  
**Address** \_\_\_\_\_      **Phone** \_\_\_\_\_

**VACCINATION AND PHYSICAL REQUIREMENTS  
FOR ENTRY TO AND ADMITTANCE FOR  
NINTH GRADE THROUGH TWELFTH GRADE**

<b>REQUIREMENTS BY ILLINOIS STATE LAW</b>	
<b>DPT</b>	2 doses at least 4 weeks apart and a booster 6 months later. <i>2 dosis por lo menos 4 semanas separadas y la 3ª dosis no menos de 6 meses después.</i>
<b>Tdap</b>	Ages 11 and older who have not received Tdap vaccine must receive a dose for entrance to school. <i>Edades de 11 y mayores que no ha recibido una dosis del Tdap tiene que recibir una dosis para entrar a la escuela.</i>
<b>IPV</b>	3 doses at least 4 weeks apart and the last dose must be after the 4 <sup>th</sup> birthday. <i>3 dosis por lo menos 4 semanas separadas y la última tienen que ser después de los 4 años de edad.</i>
<b>MMR (Measles Mumps Rubella)</b>	1 <sup>st</sup> DOSE AFTER 1 <sup>ST</sup> BIRTHDAY NO EXCEPTIONS!!!! 2 <sup>ND</sup> dose at least 28 days later, disease must be verified with date of illness signed by physician and confirmed with a Titer Test. <i>1ª DOSIS DESPUES DE 1 AÑO DE EDAD NO HAY EXCEPCIÓN!!!! 2ª dosis por lo menos 28 días después. Enfermedad debe ser verificada por medio del examen Titer, con la fecha y la firma del médico.</i>
<b>HEPATITIS B</b>	2 doses at least 28 days apart & 3 <sup>rd</sup> dose at least 56 days from the 2 <sup>nd</sup> and there has to be 4 months between the 1 <sup>st</sup> and the 3 <sup>rd</sup> dose and the last dose must be after 6 months of age. <i>2 dosis por lo menos 28 días separada y 3ª dosis por lo menos 56 días después, la 1ª dosis y la 3ª dosis tiene que estar por lo menos 4 meses aparte y la última dosis tiene que ser después de 6 meses de edad.</i>
<b>Physical Exam Requirements</b>	9 <sup>th</sup> grade or newer. If coming from out of state, physical must be on Illinois state form. Health history must be completed and signed. Diabetes screening and BMI on physical must be completed. The form must be signed and dated by Physician/Advanced Practice Nurse/Physician Assistant. <i>Del 9º grado o más reciente. Si vienen de otro estado, el físico tiene que estar en la forma de Illinois. Historia de salud tiene que estar completa y firmada. Chequeo de diabetes y el BMI en la forma tiene que estar completa. La forma tiene que estar firmada con la fecha por el médico/ Enfermera titulada / Asistente de Médico.</i>
<b>Varicella (Starting with 2014- 2015 9<sup>th</sup> Graders)</b>	1 <sup>st</sup> DOSE AFTER 1 <sup>ST</sup> BIRTHDAY NO EXCEPTIONS!!!! 2 <sup>ND</sup> dose at least 28 days later, disease must be verified with date of illness signed by physician and confirmed with a Titer Test. Disease is acceptable if verified with physician's signature and date or Titer Test results. <i>1ª DOSIS DESPUES DE 1 AÑO DE EDAD NO HAY EXCEPCIÓN!!!! 2ª dosis por lo menos 28 días después. Enfermedad es aceptable si es verificada con la firma del médico y la fecha o por medio del examen Titer.</i>
<b>MENINGOCOCCAL MCV4 (Starting with 2015- 2016 12<sup>th</sup> Graders)</b>	Must show proof of receiving two doses of meningococcal conjugate vaccine (MCV4). Must show proof of receiving one dose of meningococcal conjugate vaccine (MCV4) on or after 11 years of age. The second dose of MCV4 must be ≥ 16 years of age. If the first dose of MCV4 was administered ≥16 years of age, then only 1 dose of MCV4 is required at 12th grade entry. <i>Debe mostrar evidencia de recibir 2 dosis de la vacuna meningitis (MCV4). Debe mostrar evidencia de recibir 1 dosis de la vacuna meningitis (MCV4) en o después de 11 años de edad. La segunda dosis de MCV4 debe ser ≥16 años de edad. Si la primera dosis de MCV4 es administrada ≥16 años de edad, entonces solamente se necesita 1 dosis de MCV4 para entrar al 12º grado.</i>

**VACCINATIONS NOT REQUIRED BY STATE**

<b>HEPATITIS A</b>	2 doses at least 6 months apart. <i>2 dosis por lo menos seis meses entre una y la otra.</i>
<b>HPV</b>	2 <sup>nd</sup> dose 2months from the 1 <sup>st</sup> and 3 <sup>rd</sup> dose at least 6 months after the 1 <sup>st</sup> dose. <i>2ª dosis 2 meses después de la 1ª y la 3ª dosis por lo menos 6 meses después de la 1ª dosis.</i>





## Proviso Township High Schools District 209

### Fee Waiver or Reduction Form / Formulario de inscripción gratis o reducida

<b>Name of Student / Nombre del estudiante</b>	<b>ID Number / Número de identificación</b>	<b>Grade / Grado</b>
TANF, Food Stamp or Foster Number, if any: Número de TANF, de cupones de alimentos (Food Stamp) o de estudiante de crianza (Foster), si corresponde:		

**Total Household GROSS Income** – Please provide information for **all** household members

**Ingreso total BRUTO del hogar** – Por favor proporcione información de **todos** los miembros de la familia

Name of all who live in household <i>Nombre de todos que vive en casa</i>	Age <i>Edad</i>	Gross Earnings from Work /Frequency <i>Ingresos brutos del trabajo /frecuencia</i>	Child Support <i>Manutención de niños</i>	Pension, Retirement, Social Security <i>Pensión, Jubilación, Seguro Social</i>	Workmen's Compensation, Unemployment <i>Compensación Laboral, Desempleo</i>	Check if NO income <i>Marque si NO recibe ingresos</i>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>

All fee waiver applications must be submitted with verification of income. Verification documents include those shown on the reverse side of this form.

*Todas las solicitudes de exoneración de costos de matrícula se deben presentar junto con la verificación de ingresos. Los documentos de verificación incluyen los que se muestran en el reverso de este formulario.*

\_\_\_\_\_

*Print Name / Nombre en letra de molde*

\_\_\_\_\_

*Phone Number / Número de Teléfono*

\_\_\_\_\_

*Address / Dirección*

I understand that this application will be reviewed and is not a free/reduced lunch form. Additional information may be needed to determine qualification. *Entiendo que se revisará esta solicitud y que no es un formulario de solicitud de almuerzo gratis/reducido. Es posible que se necesite información adicional para determinar la elegibilidad.*

\_\_\_\_\_

*Signature / Firma*

\_\_\_\_\_

*Date / Fecha*

<b>FOR OFFICE USE ONLY/SOLAMENTE PARA USO OFICIAL</b>	
<input type="checkbox"/> Household Income _____ Number in Household: _____	<input type="checkbox"/> TANF/Food Stamps <input type="checkbox"/> Foster <input type="checkbox"/> Homeless
<input type="checkbox"/> Approved - Waived <input type="checkbox"/> Approved – Reduced (\$45) <input type="checkbox"/> Not Approved – Reason: _____	
Signature: _____	Date: _____



## Proviso Township High Schools District 209 Application for Fee Waiver or Reduction 2019-2020

### Notice to Parents, Guardians and Students Concerning Waiver of Fees:

All fees collected from students, as a prerequisite to their enrollment or participation in District 209's curricular or extracurricular programs, may be waived for students whose parents or guardians can demonstrate that they cannot afford such fees.

"Student Fees" do not include the following: Student ID card replacements; Library fines and other charges incurred for the loss, misuse or destruction of school property (books, musical instruments, towels, athletic or laboratory equipment); charges for optional travel undertaken by a school club or group of students outside of school hours (e.g., senior class trip); charges for admission to school dances, athletic events or other social events; optional community service programs for which fees are charged (recreation programs, summer school).

**The Fee Waiver or Reduction Form must be filled out COMPLETELY and returned to your student's school along with any of the following:** Two most recent pay check statements (cannot be older than 30 days); Current year tax return forms (Forms 1040, 1040A, 1040EZ, 1040NR, 1040NR-EZ); current year Social Security award letter(s) or pension statement; Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) approval letter (NOT the EBT card); TANF Letter of benefits; unemployment insurance benefits certification letter; notarized disability letter from employer; notarized letter from employer, if any family member wages are paid in cash; court approved child support Letter (call Child Support Division of Cook County at 312-345-4125 or 312-345-4015 for documentation); Section 8 housing certificate; evidence of a significant loss to income due to severe illness or injury in the family; evidence of unusual expenses incurred as a result of fire, flood, storm damage or other emergency situation. Your information will be reviewed by a social worker to determine eligibility for a registration fee reduction or waiver.

### Aviso para los padres, tutores y estudiantes sobre la inscripción gratis o reducida:

Todas las tarifas que se cobran a los estudiantes, como requisito previo para la inscripción o participación en los programas curriculares o extracurriculares del Distrito 209, se pueden exonerar para los estudiantes cuyo padres o tutores demuestran que no pueden hacer el pago.

"Las tarifas de matrícula de los estudiantes" no incluyen: reemplazos de la tarjeta de identificación del estudiante; multas de la biblioteca y otros cargos por pérdida, uso indebido o destrucción de propiedad escolar (libros, instrumentos musicales, toallas, equipos de atletismo o de laboratorio); cargos por viajes opcionales organizados por un club escolar o grupo de estudiantes fuera del horario escolar (por ejemplo, viaje de la clase duodécimo); cargos por admisión a bailes de la escuela, eventos atléticos u otros eventos sociales; programas de servicios comunitarios opcionales para los que se cobran costos (programas recreativos, escuela de verano).

**El formulario de inscripción gratis o reducida está incluido en el correo de inscripción, debe ser completado completamente y devuelto a la escuela de su estudiante junto con cualquiera de los siguientes:** dos talones de cheques de ingreso más recientes (no pueden ser mayores de 30 días); formularios de declaración de impuestos del año actual (formularios 1040, 1040A, 1040EZ, 1040NR, 1040NR-EZ); carta(s) de beneficio del seguro social del año actual o declaración de pensión; carta de aprobación (no la tarjeta EBT) del programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP); carta de beneficios TANF; carta certificada de beneficios de desempleo; carta notariada de incapacidad del empleador, en caso de que algún miembro de la familia reciba su ingreso en efectivo; carta de manutención de niños aprobada por la corte (llame a la división de manutención de niños del Condado de Cook al 312-345-4125 o 312-345-4015 para la documentación); certificado de vivienda Sección 8; ; evidencia de una pérdida importante de ingresos debido a una enfermedad o lesión grave en la familia; evidencia de gastos inusuales como resultado de un incendio, inundación, daños provocados por una tormenta u otra situación de emergencia. Su información será revisada por un trabajador social para determinar la elegibilidad para una reducción o exoneración del costo de la matrícula.