



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 2018-2019 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 indicated postage on the envelope. All registration envelopes must be postmarked or returned to the school **no later than Thursday, July 12, 2018**.

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 12, 2018** to qualify for the early registration fee of \$150. Registration received or postmarked **after Thursday, July 12, 2018** will pay the regular registration fee of \$250.

Forms included:

- D209 Fee Schedule
- Student/Parent Information Form
- Parent 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 Proviso Township High Schools' Main Offices at 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 FRESHMEN y nuevos estudiantes

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 2018-2019 año escolar. 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 auto-direccionamiento adjunto. Cuando esté listo para enviarlo por correo, rellene su dirección de devolución y coloque el franqueo indicado en el sobre. Todos los sobres de inscripción deben ser posmarcados o devueltos a la escuela **no más tarde de jueves el 12 de julio de 2018**.

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), a 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 12 de julio de 2018** para calificar para la cuota de inscripción anticipada de \$150. Registro recibido o sellados **después de jueves el 12 de julio de 2018** va a pagar la regular cuota de inscripción de \$250.

Formularios incluidos:

- D209 calendario de cuota
- Formulario de información para estudiantes/padres
- Formulario de comunicación para padres
- Formulario de verificación de residencia
- Formulario de encuesta de idioma en casa
- Agrícola Empleo Formulario de encuesta
- Formularios de liberación
- Formas físicas
- Formularios de exención de honorarios

Si tiene alguna pregunta, siéntase libre de llamar a las oficinas principales de las escuelas secundarias del municipio de salvedad en la salvedad este (708) 344-7000, salvedad del oeste (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 2018-2019 Fee Schedule

Mandatory Fees

Early Registration—due by Thursday, June 8 (postmarked no later than June 8)	\$ 150.00
Regular Registration—June 9 to the end of first semester	\$ 250.00
Regular Registration—beginning second semester	\$ 150.00
Hardship Waiver—pending approved Fee Waiver or Reduction form	\$ 0.00
Hardship Reduction— pending approved Fee Waiver or Reduction form	\$ 45.00
Driver's Ed —Reduced Fee BTW	\$ 32.00
<i>Barber/Cosmetology Course Fee (Annual)</i>	\$ 500.00
<i>Barber/Cosmetology Course Fee (Reduced Fee)</i>	\$ 90.00
Physical Education Uniform (each piece)	\$ 10.00

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
*PMSA Early Acceptance Fee – received on or before 12/15/2017	\$ 100.00
*PMSA Regular Acceptance Fee – received after 12/15/2017	\$ 150.00

Other Fees

Advanced Placement Test Fee (To be determined by College Board)	\$
Credit Recovery	\$ 100.00
Driver's Education—Behind the Wheel (BTW, Optional)	\$ 175.00
Athletic Participation	\$ 35.00
Activity/Club Participation	\$ 25.00
Activity Pass	\$ 10.00
ID Replacement	\$ 5.00
Lanyards	\$ 2.00
Alumni Transcripts	\$ 5.00
Workbooks	Varies by class
Lost Textbook	Varies by class
Graduation	TBD
Yearbook	\$ 50.00

Withdrawal Refund

First Day of School to October 12	100%
October 15 and beyond (no refund)	0%
January 7 to March 15 (*second semester registrants only)	100%
March 18 and beyond (*second semester registrants only)	0%

Items to Note:

- a) Only Mandatory fees are waivable; Other Fees are not waivable
- b) Reduced registration fee is for entire registration period
- c) Withdrawal refunds are based on amount paid (early vs. regular)
- d) Athletic/Activity participation fee is one time only
- e) Activity Pass will not be eligible for specified contest admissions
- f) 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
- g) Registration fees as listed also apply to all Proviso students including PAEC, Ombudsman, and other out-of District placement.
- h) *PMSA's acceptance fees will be applied as a credit to regular registration fee



Escuelas preparatorias del municipio de Proviso Distrito 209 2018-2019 Calendario de cuotas

Honorarios obligatorios

Early registration — Vencimiento el jueves 8 de junio (matasellos a más tardar el 8 de junio)	\$ 150.00
Registro regular — 9 de junio al final del primer semestre	\$ 250.00
Registro regular — comenzando el segundo semestre	\$ 150.00
Exención de dificultades — pendiente de exención o reducción de cuotas aprobada Forma	\$ 0.00
Reducción de dificultades — pendiente de exención o reducción de cuotas aprobados forma	\$ 45.00
Ed del conductor – tarifa reducida BTW	\$ 32.00
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 (cada pedazo)	\$ 10.00

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
* PMSA aceptación temprana cuota – recibido en o antes de 12/15/2018	\$ 100,00
* PMSA la aceptación regular Honorario – recibido después de 12/15/2018	\$ 150,00

Otros honorarios

Cuota de prueba de colocación avanzada (a determinar por College Board)	\$
Recuperación de crédito	\$ 100.00
Del conductor Educación — detrás de la rueda (BTW, opcional)	\$ 175.00
Participación atlética	\$ 35.00
Actividad/participación de los clubes	\$ 25.00
Pase de actividad	\$ 10.00
Reemplazo de la identificación	\$ 5.00
Acolladores	\$ 2.00
Transcripciones de egresados	\$ 5.00
Libros	Varía según la clase
Libro perdido	Varía según la clase
Graduación	TBD
Anuario	\$ 50.00

Reembolso del retiro

Primera día de clases al 12 de octubre	100%
15 de octubre y más allá (sin reembolso)	0%
7 de enero al 15 de marzo (* sólo para los registrantes del segundo semestre)	100%
18 de marzo y más allá (* los registrantes del segundo semestre solamente)	0%

Elementos a tener en cuenta:

- i) Solamente los honorarios obligatorios son renunciables; Otros honorarios no son renunciables
- j) La cuota de inscripción reducida es para el período de registro completo
- k) Las restituciones por retiro se basan en la cantidad pagada (Early versus regular)
- l) El honorario de la participación del atletismo/de la actividad es una sola vez
- m) Pase de actividad no será elegible para admisiones de concurso especificadas
- n) 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
- o) Los honorarios de inscripción mencionados también se aplican a todos los estudiantes de salvedad incluyendo PAEC, Ombudsman, y otros fuera de Ubicación del distrito.
- p) * los honorarios de la aceptación de PMSA serán aplicados como crédito a la tarifa regular del registro



Proviso Township High Schools District 209

Student/Parent Information Form

ID # _____

<u>Student Information</u>	Did your student graduate from 8 th grade?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Does your student receive Special Education services?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	Name of school?	_____		
Name	_____		Date of Birth	_____
Address	_____			
City	_____		State	Zip _____
Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Birth Country	_____	Date entered country, if not born in USA	_____

Parent/Guardian Information

With whom does the student live? Mother Father Both Guardian Other _____

Who should be notified of child's injury or illness? Mother Father Both Guardian Other _____

Father's or Guardian's Name	_____	Mother's or Guardian's Name	_____
Address	_____	Address	_____
City / State / Zip	_____	City / State / Zip	_____
Home Phone	_____	Home Phone	_____
Work Phone	_____	Work Phone	_____
Cell Phone	_____	Cell Phone	_____
E-mail Address	_____	E-mail Address	_____

Part A. Is this student Hispanic/Latino? (choose only one)

No, not Hispanic/Latino
 Yes, Hispanic/Latino.

*The above part of the question is about ethnicity, not race. **No matter what you selected in Part A above, please provide an answer to Part B** by marking one or more boxes below to indicate what you consider your child's race to be.*

Part B. Which of the following groups describe the student's race? (choose one or more)

American Indian or Alaska Native.
 Asian.
 Black or African American.
 Native Hawaiian or Other Pacific Islander.
 White.

For more information about student data reporting categories, please refer to the PTHS website at www.pths209.org.

Signature of Parent/Guardian _____ Date _____

Office Use Only Fee Waiver Form Received



Escuelas preparatorias del municipio de Proviso Distrito 209

Estudiante/padre formulario de información

ID# _____

Información del estudiante	¿Se graduó su estudiante de 8 TH Grado? ¿Nombre de la escuela? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Recibe su estudiante servicios de educación especial? Fecha de nacimiento _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre _____	Dirección _____	Ciudad _____	Estado _____ Zip _____	Fecha de entrada en el país, si no nace en usa _____
Género <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	País del nacimiento _____			

Información del padre/guardián

¿Con quién vive el estudiante? Madre Padre Ambos Guardián Otros _____

¿Quién debe ser notificado de la lesión o enfermedad del niño? Madre Padre Ambos Guardián Otros _____

Padre o Nombre del tutor	Madre o Nombre del tutor
Dirección _____	Dirección _____
Ciudad/Estado/Código postal _____	Ciudad/Estado/Código postal _____
Teléfono de casa _____	Teléfono de casa _____
Teléfono del trabajo _____	Teléfono del trabajo _____
Celular _____	Celular _____
Dirección de correo electrónico _____	Dirección de correo electrónico _____

Parte A. ¿Es este estudiante hispano/latino? (elegir sólo uno)

No, no Hispano/Latino
 Sí Hispano/Latino.

*La parte anterior de la pregunta es sobre la etnicidad, no sobre la raza. **No importa lo que haya seleccionado en la parte a anterior, por favor proporcione una respuesta a la parte B** marcando uno o más cuadros abajo para indicar lo que usted considera la raza de su niño para ser.*

Parte B. ¿Cuál de los siguientes grupos describe la raza del estudiante? (elija uno o más)

Indio americano o nativo de Alaska.
 Asiático.
 Afroamericano.
 Hawaiano nativo o Otros Isleño del Pacífico.
 Blanco.

Para obtener más información acerca de las categorías de información de los estudiantes, por favor consulte el sitio web PTHS en www.pths209.org.

Firma del padre/guardián _____ Fecha _____

Uso de la oficina solamente Exención de honorarios Formulario recibido



Proviso Township High Schools District 209 Parent Communication Form

Student Name _____ ID # _____ Grade _____

The district has implemented a phone notification system for emergencies and important events. Please provide info below:

What is the number we call to reach a parent with important information including emergency notification?	PHONE NUMBER:
At what number would you be interested in receiving text messages?	PHONE NUMBER:
Please provide an email address to receive important information:	EMAIL:

<u>Emergency Contact Information (other than parent or guardian)</u>			
<i>The person we will call if we cannot reach the parent or guardian.</i>			
Name of Emergency Person #1	Relationship	Phone #1	Phone #2
Name of Emergency Person #2	Relationship	Phone #1	Phone #2
Name of Emergency Person #3	Relationship	Phone #1	Phone #2

Parent/Guardian Signature

Date



Escuelas preparatorias del municipio de Proviso distrito 209
Formulario de comunicación para padres

Nombre del estudiante _____ ID# _____ Grado _____

El distrito ha implementado un sistema de notificación telefónica para emergencias y eventos importantes. Proporcione por favor la información abajo:

¿Cuál es el número que llamamos para llegar a un padre con información importante, incluida la notificación de emergencia?	Número de teléfono:
¿en qué número estaría interesado en recibir mensajes de texto?	Número de teléfono:
Por favor proporcione una dirección de correo electrónico para recibir información importante:	Correo electrónico:

Información de contacto de emergencia (excepto los padres o tutores)
La persona a la que llamaremos si no podemos llegar al padre o guardián.

Nombre de la persona de emergencia #1	Relación	Teléfono #1	Teléfono #2
Nombre de la persona de emergencia #2	Relación	Teléfono #1	Teléfono #2
Nombre de la persona de emergencia #3	Relación	Teléfono #1	Teléfono #2

Firma del padre/guardián

Fecha



Proviso Township High Schools District 209 Verification of Residency Form

Student Name _____ ID# _____ Date of Birth _____

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.

Category A – One (1) document	Category B – Two (2) documents	
<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
Forma de Verificación de residencia

Nombre del estudiante _____ ID# _____ Fecha de nacimiento _____

Si usted es dueño de su casa o Alquila/Arrendamiento y la debe proporcionar documentación que muestre donde vives. Por favor, marque y adjunte una copia de tres (3) de los siguientes documentos. Usted debe desmayarse cuenta y el seguro social en los documentos.

Todos los documentos deben ser Actual Y mostrar Su Nombre y dirección.

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

* 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 no es dueño propio o renta el hogar en el que vives, por favor, tenga el dueño de la propiedad completar 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 _____

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
Forma de Encuesta de lengua casera

Nombre del estudiante _____
Apellido *Nombre* *Segundo nombre*

Fecha de nacimiento _____ Número de identificación _____

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 , 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. Su hijo/a fue parte de en un programa bilingüe o ESL antes de venir a esta escuela? No Sí
Si es así, ¿dónde? ¿_____ qué grados? _____

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

Please complete this form and return it to the school office.

ID # _____

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
Forma de Encuesta de empleo agrícola

Por favor complete este formulario y devuélvalo a la oficina de la escuela.

ID # _____

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:

en cualquier tipo de granja producir lechería, carne de vaca, ovejas, pavo, pollo, huevo, pescado, emu, fruta o verdura

invernadero o vivero comercial

acarrear leche o productos agrícolas crudos

planta de queso, fábrica de conservas, planta embotelladora de leche u otra planta procesadora de alimentos

podando y cosechando los árboles de Navidad, guirnalda que hace

actividades madereras tales como tala de árboles/leña, corte de malezas, astillas, árboles de descortezado, trabajos forestales o madereros, plantación de árboles/poda

en un matadero o en un ahumado

replantar o restaurar la tierra utilizada para la minería o despejar-propósitos del corte

cosechando cosechas tales como manzanas, uvas, heno, maíz, y bayas

pesca comercial o piscicultura

Si su familia califica para el programa de Educación Migrante, su hijo puede recibir **GRATIS** 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 _____

Teléfono de casa _____ Célular _____

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

Date received by ELL Coordinator ____ / ____ / ____ Coordinator Signature _____



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 _____

Military-Connected Student

Does this student, at any time during the current enrollment, has 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

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
Formularios De Publicación De Información Del Directorio De Reclutadores Militares

Firma 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)

- El distrito 209 **puede** liberar información de directorio para el estudiante nombrado a reclutadores militares.
- El distrito 209 **no puede** libere la información del directorio para el estudiante mencionado arriba a los reclutadores militares.

Estudiante Firma _____ Fecha _____

Padre/guardián Firma _____ Fecha _____

Estudiante militar-conectado

¿Este estudiante, en cualquier momento durante la matriculación actual, tiene por lo menos un padre o tutor legal que es miembro del ejército, la Armada, la fuerza aérea, el cuerpo de Marines, o la guardia costera y es un deber de tiempo completo en el servicio militar activo de los Estados Unidos? _____Yes
 _____No

Liberación de fotografías

Nombre del estudiante _____ Número de identificación _____

Por favor marque uno:

- Por este medio concedo a Proviso 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.
- No conceda al distrito 209 el derecho irrestricto como se ha descrito anteriormente.

Firma del estudiante _____ Fecha _____

Padre/guardián Firma _____ Fecha _____

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

REQUIRMENTS BY ILLINOIS STATE LAW	
DPT	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>
Tdap	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>
IPV	3 doses at least 4 weeks apart and the last dose must be after the 4 th birthday. <i>3 dosis por lo menos 4 semanas separadas y la última tienen que ser después de los 4 años de edad.</i>
MMR (Measles Mumps Rubella)	1 st DOSE AFTER 1 ST BIRTHDAY NO EXCEPTIONS!!!! 2 ND 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>
HEPATITIS B	2 doses at least 28 days apart & 3 rd dose at least 56 days from the 2 nd and there has to be 4 months between the 1 st and the 3 rd dose and the last dose must be after 6 months of age. <i>2 dosis por le 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>
Physical Exam Requirements	9 th 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>
Varicella (Starting with 2014- 2015 9th Graders)	1 st DOSE AFTER 1 ST BIRTHDAY NO EXCEPTIONS!!!! 2 ND 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>
MENINGOCOCCAL MCV4 (Starting with 2015- 2016 12th Graders)	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

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

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	*If yes, refer to local health department.
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)			Parent/Guardian Signature _____ Date _____		
Ear/Hearing problems?	Yes No				
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.

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
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: <input type="checkbox"/> Quick-relief medication (e.g. Short Acting Beta Agonist) <input type="checkbox"/> Controller medication (e.g. inhaled corticosteroid)				Other

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 _____ Phone _____
Address _____

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 No		¿Tiene pérdida de funciones en uno de los órganos? (Ojos/Oídos/Riñones/Testículos)	Sí No
¿Tiene defectos de nacimiento?	Sí No		¿Ha sido hospitalizado? ¿Cuándo? ¿Para qué?	Sí No
¿Tiene retrasos del desarrollo?	Sí No		¿Ha tenido alguna cirugía?(anótelas todas) ¿Cuándo? ¿Para qué?	Sí No
¿Tiene problemas de la sangre? Hemofilia, Glóbulos Falciformes (Sickle Cell), Otro	Sí No		¿Ha tenido heridas graves o enfermedades?	Sí No
¿Tiene diabetes?	Sí No		¿Prueba positiva de TB (Pasado o Presente)?	Sí No
¿Tiene heridas en la cabeza/golpe/desmayo?	Sí No		¿Enfermedad de TB (Pasado o Presente)?	Sí No
¿Tiene convulsiones? Cómo se manifiestan?	Sí No		¿Usa tabaco (tipo, frecuencia)?	Sí No
¿Tiene problemas cardiacos/No respira bien?	Sí No		¿Toma alcohol/drogas?	Sí No
¿Tiene soplo en el corazón/presión arterial alta?	Sí No		¿Historial de familiares de muerte repentina antes de los 50 años? ¿Causa?	Sí No
¿Tiene mareos o dolor de pecho al hacer ejercicios?	Sí No			
¿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 No		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 No		Firma del Padre/Tutor	Fecha

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.

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** _____



Proviso Township High Schools District 209

Waiver or Reduction Form / Formulario de inscripción gratis o reducida

Name of Student / Nombre del estudiante	ID Number / Número de identificación	Grade / Grado
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*

FOR OFFICE USE ONLY/SOLAMENTE PARA USO OFICIAL	
<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 2018-2019

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.