

**Champaign Community Unit District #4 Schools**  
Verification of Residence Form (9-12)  
Formulario de Verificación de Domicilio (9-12 grado)

**DEBE SER COMPLETADO POR EL PADRE/GUARDIAN**

Estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Padre(s)/ Guardián(es) Legal(es) \_\_\_\_\_

Número total de adultos en el hogar \_\_\_\_\_ Número total de niños en el hogar \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Número de teléfono de casa \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PARA EL USO ÚNICO DEL PERSONAL ESCOLAR**

- 1. Student is living with parent(s) at the address stated above. (May proceed with registration.)
- 2. Student is living with legal guardian at the address stated above. A certified copy of the court order establishing guardianship was received declaring the district resident to be the legal guardian of the student, and further declaring that the guardianship was formed for a purpose other than establishing residency for school district and educational purposes. (May proceed with registration.)
- 3. Student is living with custodial adult or relative other than parent/legal guardian. (Do not proceed with registration – refer to Director of Student Services at the District Office.)
- 4. Unable to determine residence or custody. (Do not proceed with registration – refer to Director of Student Services at the District Office.)

**ITEMS USED TO VERIFY RESIDENCE (two required):**

**NOTE: If parent/guardian cannot furnish item(s) listed below, refer to Director of Student Services at the District Office.**

- 1. Apartment or house lease or home purchase agreement
- 2. Mortgage documents/property deed/payment record/building permit (60 days occupancy)
- 3. Voter's registration card
- 4. Current driver's license
- 5. Other documents acceptable to administration (current utility bills are acceptable)

Signature of School Representative: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



E.H. Mellon Administrative Center

703 S. New Street  
Champaign, Illinois 61820-5818

Telephone: (217) 351-3800  
FAX: (217) 351-3871

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Entrando al Grado: \_\_\_\_\_

Nombre/relación de la persona que está llenando este formulario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### HISTORIA DE SALUD DEL ESTUDIANTE

**El Distrito Escolar de Champaign Unidad 4 reconoce el rol importante de la salud y bienestar físico de su hijo en el entorno de aprendizaje. Por favor tome unos minutos para completar esta breve encuesta de salud.**

(Circulé Sí o No)

- |   |     |    |
|---|-----|----|
| 1. ¿Ha sido su hijo diagnosticado con asma?   | Sí* | No |
| 2. ¿Tiene su hijo alergias?<br>Alérgico a _____<br>Reacción _____<br>¿Requiere su hijo el “EpiPen”? | Sí* | No |
| 3. ¿Su hijo a sido diagnosticado con epilepsia o con una enfermedad de convulsiones?                | Sí* | No |
| 4. ¿Tiene su hijo diabetes?   | Sí* | No |
| 5. ¿Tiene su hijo anemia drepanocítica o de células falciformes (sickle cell)?                      | Sí* | No |

**\* ¿Si usted contestó sí a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor pida y complete un plan de acción o un plan de tratamiento médico! \***

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 6. ¿Tiene su hijo alguna discapacidad o limitación física?<br>Si contestó sí, por favor explique: | Sí | No |
|---|----|----|

- |   |     |    |
|---|-----|----|
| 7. ¿Necesita su hijo tomar medicamentos durante el horario escolar? | Sí* | No |
|---|-----|----|
- Si contestó sí, por favor complete y devuelva a la oficina de la escuela el formulario de “Permiso para autorizar al personal para administrar/ distribuir medicamentos durante el horario escolar”.**

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 8. ¿Hay algunas otras preocupaciones que usted quisiera que nosotros conociéramos sobre la salud de su hijo en la escuela?<br>Si contestó sí, por favor explique: | Sí | No |
|---|----|----|

## Champaign Community Unit 4 Schools

*Military Recruiter and Postsecondary Institutions Receiving Student Directory Information  
(Reclutadores militares e instituciones postsecundarias que reciben la información del directorio estudiantil)*

Ocasionalmente, reclutadores militares e instituciones postsecundarias solicitan los nombres, números de teléfono y direcciones de nuestros estudiantes de secundaria. La escuela debe proporcionar esta información a menos que el padre/guardián solicite que la información no sea compartida sin su previo consentimiento por escrito. Dicha información puede incluir el nombre, la dirección, número de teléfono, sexo, nivel de grado, fecha y lugar de nacimiento del estudiante, nombres y direcciones de los padres/guardianes.

**IMPORTANTE: Si usted no desea que los reclutadores o instituciones postsecundarias reciban esta información, por favor complete el formulario a continuación.**

**DEBE SER ENTREGADA AL DIRECTOR DE LA ESCUELA**

Por favor NO proporcione el nombre, dirección, número de teléfono, sexo, nivel de grado, fecha y lugar de nacimiento de mi hijo/a y los nombres y direcciones de los padres/guardianes a (por favor marque todas la que aplican):

- Reclutadores Militares (Military Recruiters)
- Instituciones Postsecundarias (Postsecondary Institutions)

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

\_\_\_\_\_  
Número de Identificación del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián



E.H. Mellon Administrative Center  
Champaign Unit School District #4  
701 South New Street  
Champaign, IL 61820  
217-351-3800

## FORMULARIO DE AUTORIZACION PARA PUBLICAR EN MEDIOS DE COMUNICACION Y FOTOGRAFIAS

En el espíritu de promover una mejor educación a través del conocimiento, el distrito escolar de Champaign Unidad 4 trabaja para destacar las actividades y logros positivos del personal escolar y estudiantes. Como parte de estos esfuerzos, el distrito trabaja con los periódicos, estaciones de radio y televisión locales y asociaciones comunitarias para captar estas historias y compartirlas con la comunidad que servimos. El distrito también produce estos contenidos como parte de sus propias publicaciones y pagina web.

**Estamos solicitando su consentimiento para que su hijo sea entrevistado o fotografiado como parte de nuestros esfuerzos por el conocimiento y para que puedan ser presentadas muestras de su trabajo.**

Por favor tenga en cuenta que al dar su consentimiento, su hijo puede ser identificado por nombre y salón de clase o escuela. Nosotros entendemos que algunos padres pueden solicitar que su(s) hijo(s) no sea(n) identificado(s) y ofrecemos la oportunidad a los padres para que nos informen de sus deseos con respecto a la publicidad.

Por favor tenga en cuenta, sin embargo, que la imagen o retrato puede aparecer en fotos o videos ocasionales sin ningún tipo de identificación de nombre y el uso de estas fotos espontáneas de su hijo son permisibles. Este formulario de autorización para publicar no se aplica a las fotografías tomadas durante actividades extracurriculares. Los estudiantes que asisten a actividades o eventos extracurriculares perderán sus derechos de retener autoridad sobre la publicación de las fotos que se les tomen.

Su permiso ayuda a celebrar los logros de todos nuestros estudiantes.

- Sí. Yo por medio de la presente autorizo para que \_\_\_\_\_ pueda ser fotografiado/a por los empleados de la Unidad 4, estudiantes de educación o representantes de los medios de comunicación mientras participa en una actividad patrocinada por el distrito y/o usar muestras de su trabajo escolar. Yo entiendo que mi estudiante puede ser identificado como participante en un programa de instrucción especial por ejemplo educación especial, dotados y talentosos, etc. Al dar permiso para que mi hijo sea fotografiado o grabado, yo estoy dando permiso para una posible identificación de ella/el en las fotografías y/o video. Yo entiendo que cualquier fotografía o trabajo estudiantil será utilizado para propósitos educativos y puede ser reproducida en medios de comunicación impresa o electrónica.
- No. Yo no le doy permiso a \_\_\_\_\_ para ser fotografiado/a por los empleados de la Unidad 4, estudiantes de educación o representantes de los medios de comunicación mientras participa en una actividad patrocinada por el distrito y/o usar muestras de su trabajo escolar. Yo entiendo que esto puede impactar la publicación de los logros de mi estudiante.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

This form should be returned to your student's counselor (middle school/high school) or to the school office (elementary).  
This form must be completed for each academic year of attendance.

741 4-30-02