

# Streator Elementary School District #44

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Nivel del Grado: \_\_\_\_\_

Por favor, marque **SÍ** o **NO**, o proporcione la información requerida, en cada espacio abajo:

- SÍ**      **NO**      El retrato y el nombre de mi hijo/a pueden ser publicadas en los periódicos y las paginas de web correspondientes.
- SÍ**      **NO**      El retrato de mi hijo/a (sin nombre) puede ser incluido en el sitio de web del distrito.
- SÍ**      **NO**      Obras y proyectos producidos por mi hijo pueden ser publicados junto con su nombre en el sitio web del distrito.
- SÍ**      **NO**      Mi hijo/a tiene **seguro de accidente y hospitalización** adecuada con \_\_\_\_\_ (nombre de empresa). Seguro adicional a través de un proveedor aprobado por las Escuelas Primarias de Streator no se desea para este año escolar.
- SÍ**      **NO**      Autorizo a que en el caso de todos los intentos razonables para comunicarse con los padres / tutores no han tenido éxito, el director, la persona designada, o otras personas que he enumerado como contactos de emergencia con el Distrito, puede **dar su consentimiento para el tratamiento médico necesario** debido a una emergencia de un accidente o enfermedad a mi hijo.
- SÍ**      **NO**      Yo, el padre / tutor del estudiante arriba mencionado, **acepta mantener indemne Streater Primaria Distrito #44, la Directiva de Educación, y los empleados de cualquier tipo de responsabilidad** por razón de la participación en cualquier y todas de las actividades extracurriculares y co-curriculares patrocinado por la escuela durante el año escolar.
- SÍ**      **NO**      Yo, el padre / tutor del estudiante mencionado arriba, **me comprometo a leer y discutir con mi hijo/a el Manual del Estudiante / Padres del Distrito Primaria de Streater y el Manual del Padre/Tutor del Distrito Primaria de Streater cuando los reciba.**
- SÍ**      **NO**      Mi hijo/a **puede participar en todos los paseos programados** durante el año escolar.
- SÍ**      **NO**      Por la presente entiendo el préstamo y la devolución de los materiales de instrucción, libros de la biblioteca, y equipos de matemáticas / ciencias. Entiendo que **si estos artículos se dañan o se pierden**, mientras que en la posesión de mi hijo, voy a aceptar la responsabilidad de los costos de reemplazo.
- SÍ**      **NO**      Estoy de acuerdo con **las directivas del uso de la computadora y el Internet** establecidos por el Distrito como se indica en el Manual. Entiendo que cualquier violación de estas políticas podría dar lugar a revocar los privilegios de Internet de mi hijo/a.
- SÍ**      **NO**      Yo, el padre / tutor del estudiante arriba mencionado, me comprometo a revisar las reglas del autobús con mi hijo/a como se indica en el Manual del Estudiante/Padres del Distrito.

*El estado de Illinois requiere que el distrito pregunte de si el padre(s)/tutor(es) del estudiante son miembros de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos y si el padre(s)/tutor(es) están desplegado al servicio activo durante el año escolar.*

**SÍ**      **NO**      ¿El padre(s) / tutor(es) es un miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?

**SÍ**      **NO**      ¿Se espera que el despliegue del servicio activo?

**La póliza incidente del autobús escolar del Departamento de Salud Pública de Illinois permite que no transportar a todos los pasajeros al hospital después de un incidente del autobús. En caso de un accidente de autobús escolar el personal del Servicio Médico de Emergencia (EMS) determinará por la gravedad y el perjuicio del accidente si una persona debe ser transportada a un hospital adecuado. El Distrito deberá acatar con las decisiones de los profesionales apropiados del EMS, y no transportar a los estudiantes que no son lastimados al hospital, a menos que se lo diga a hacerlo por escrito con antelación, por un padre por completar y firmar el formulario abajo aprobado por el Distrito. En este caso, cualquier transporte o servicios serán a expensas del padre o tutor.**

## Por favor marque sólo una opción.

Estoy de acuerdo en permitir que el Distrito cumpla con la sentencia del personal del EMS adecuado, y no transportar a mi hijo(a) que no está lastimado al hospital.

**Estoy de acuerdo con esta opción.**

**O**

A pesar de que los profesionales del EMS determinaron que mi hijo/a no estaba lastimado y no iba a ser enviado al hospital, solicito que mi hijo/a sea transportado al hospital a verificar. Estoy de acuerdo en que esta solicitud será a costa mía, y no por cuenta del Distrito.

**Solicito esta opción.**

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