



E.H. Mellon Administrative Center

703 S. New Street  
Champaign, Illinois 61820-5818

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

Student Name: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_ Entering Grade: \_\_\_\_\_

Name/Relationship of person completing form: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

I understand that by completing this form, health information may be shared with District staff in order to ensure the health and safety of the student while at school or on school-provided transportation

### STUDENT HEALTH HISTORY

Champaign Unit 4 School District recognizes the important role of your child’s health and physical well-being in the learning environment. Please take a few minutes to complete this brief health survey.

(Circle Yes or No)		
1. Has your child been diagnosed with asthma?	Yes	No
• Is your student currently being treated for asthma?	Yes*	No
2. Does your child have allergies?	Yes*	No
Allergic to _____		
Reaction _____		
Does your child require an EpiPen?	Yes*	No
3. Has your child been diagnosed with epilepsy or a seizure disorder?	Yes	No
• Is your student currently being treated for epilepsy or seizures?	Yes*	No
4. Does your child have diabetes?	Yes*	No
5. Does your child have sickle cell or history of a crisis?	Yes*	No
• Is your student currently being treated for sickle cell?	Yes*	No
<b>*** If you answered yes to any of the questions above, please ask for and complete an action plan or medical management plan!***</b>		

6. Does your child have any physical disabilities or limitations?      Yes      No  
If yes, please explain:

7. Does your child need to take medications during school hours?      Yes\*      No  
**If yes, please have the “Permit for Authorized Personnel to Administer/Distribute Medication During School Hours” form completed and returned to school office.**

8. Are there any other concerns about your child’s health at school you would like us to know about?      Yes      No  
**If yes, please explain:**



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: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que al completar este formulario, la información de salud puede ser compartida con el personal del distrito para asegurar la salud y la seguridad del estudiante mientras esté en la escuela o en el transporte proporcionando por la escuela

### 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.

(Circule: Sí o No)		
1. ¿Ha sido su hijo diagnosticado con asma?	Si	No
• Está su hijo actualmente siendo tratado por el asma?	Si*	No
2. ¿Tiene su hijo alergias?	Si*	No
Alérgico a _____		
Reacción _____	Si*	No
¿Requiere su hijo el "EpiPen"?		
3. ¿Su hijo a sido diagnosticado con epilepsia o con una enfermedad de convulsiones?	Si	No
• Está su hijo actualmente siendo tratado por epilepsia o convulsiones?	Si*	No
4. ¿Tiene su hijo diabetes?	Si*	No
5. ¿Tiene su hijo la enfermedad de células falciformes (sickle cell) o historia de una crisis?	Si*	No
Está su hijo actualmente siendo tratado por la enfermedad de células falciformes?	Si*	No
<b>***;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!***</b>		

6. ¿Tiene su hijo alguna discapacidad o limitación física? Si No  
Si contestó sí, por favor explique:

7. ¿Necesita su hijo tomar medicamentos durante el horario escolar? Si\* 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? Si No  
**Si contestó sí, por favor explique:**



703 South New Street  
Champaign, Illinois 61820-5818

Telephone: (217) 373-7357  
FAX: (217) 351-3939

## ESL, Bilingual Education

***One Voice ~ One Vision  
Equity & Excellence for All***

### Report Card Waiver (English)

Date: \_\_\_\_\_ Student Name: \_\_\_\_\_

I consent to receiving my child's report card in English.

Parent Signature

Date

### Renuncia de la tarjeta de calificaciones/notas (Spanish)

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento para recibir la tarjeta de calificaciones/notas de mi hijo en inglés.

Firma del Padre

Fecha

### 성적표 동의 (Korean)

날짜: \_\_\_\_\_ 학생 성명: \_\_\_\_\_

본 자녀의 성적표를 받을 시 영어로 기록된 성적표를 받는 것에 동의합니다.

학부모 서명

날짜

**Miễn Về Phiếu Điểm (Vietnamese)**

Ngày: \_\_\_\_\_ Tên Học Sinh: \_\_\_\_\_

Tôi đồng ý nhận phiếu điểm của con tôi bằng Anh Ngữ.

---

Chữ Ký Của Cha Mẹ

Ngày

**Exonération de bulletin scolaire (French)**

Date: \_\_\_\_\_ Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

J'accepte de recevoir le bulletin scolaire de mon enfant en Anglais.

---

Signature du parent

Date

**英文成績單同意書 (Chinese)**

日期 \_\_\_\_\_ 學生姓名: \_\_\_\_\_

本人同意校方僅需提供學童英文成績單, 不需提供中文成績單

---

家長簽名

日期



E.H. Mellon Administrative Center  
Champaign Unit School District #4  
701 South New Street  
Champaign, IL 61820  
217.351.3800

Dear Parent/Guardian:

Students are often involved in school-sponsored activities during which photographs or video may be taken of them and/or their work by Unit 4 employees, student teachers or journalists. Such activities may include, but are not limited to, performing in school plays, participating in athletic contests, displaying samples of student work, or representing a particular instructional program.

The District often receives requests from educational leaders, journalists, and others asking permission to photograph students. The pictures may be in the form of videos, photographic displays (print or digital), or photos in newspapers, magazines, reports, or school-sponsored internet sites. The purpose of these pictures is to help further the cause of better education through awareness and to recognize student achievement. Photographs of Unit 4 students are expected to be used for educational and awareness purposes and are not to be commercially sold.

In the spirit of promoting better education, we are requesting your consent for your child to be photographed and/or to use samples of your child's work. Please fill in your child's name in the blank space in the statement below, indicate your choice, and return it to the school during registration or have your child return it to his/her school. Your permission helps celebrate the achievements of all of our students.

Sincerely,

Champaign Unit 4 Schools

- 
- Yes. I hereby grant permission for \_\_\_\_\_ to have his/her picture taken by Unit 4 employees, student teacher or representatives of the media while involved in a District-sponsored activity and/or to use samples of his/her work. I understand that my student may be identified as participating in a special instructional program, e.g. special education, gifted and talented, etc. By giving permission for him/her to be photographed or videotaped, I am giving permission for possible identification of him/her in the photographs and/or video. I understand that any picture or student work is to be used for educational purposes and may be reproduced in print or electronic media.
- No. I do not grant permission for \_\_\_\_\_ to have his/her picture taken by Unit 4 employees, student teacher or representatives of the media while involved in a District-sponsored activity and/or to use samples of his/her work. I understand that this may impact the publication of my student's accomplishments.

---

Signature of Parent or Guardian

---

Date



E.H. Mellon Administrative Center  
Champaign Unit School District #4  
703 South New Street  
Champaign, IL 61820  
217.351.3800

Estimado Padre/Guardián:

Los estudiantes frecuentemente suelen participar en actividades patrocinadas por la escuela durante las cuales los empleados de la Unidad 4, estudiantes de educación o periodistas pueden tomar fotografías o videos de los estudiantes y/o de su trabajo escolar. Tales actividades pueden incluir, pero no se limitan a, actuar en obras escolares, participar en competencias atléticas, mostrar ejemplos del trabajo del estudiante o representar un programa de instrucción particular.

El distrito recibe con frecuencia solicitudes de líderes educacionales, periodistas y otras personas pidiendo permiso para tomar fotografías de los estudiantes. Las fotografías pueden ser en forma de videos, exhibiciones fotográficas (impresa o digital), o fotos en el periódico, revistas, reportes o sitios de Web (Internet) patrocinados por la escuela. El propósito de estas imágenes es ayudar a promover una mejor educación a través del conocimiento y reconocer el logro estudiantil. Se espera que las fotografías de los estudiantes de la Unidad 4 se usen para propósitos educacionales y reconocimiento y que no sean vendidas comercialmente.

En el espíritu de promover una mejor educación, estamos solicitando su consentimiento para que su hijo sea fotografiado y/o utilizar las muestras del trabajo escolar de su hijo. Por favor escriba el nombre de su hijo en el espacio en blanco en la declaración siguiente, indique su opción y devuélvala a la escuela durante la inscripción. Su permiso ayuda a celebrar los logros de todos nuestros estudiantes.

Sinceramente,

Las Escuelas de Champaign Unidad 4

- Si. Yo por medio de la presente autorizo para que \_\_\_\_\_ sea fotografiado/a por los empleados de la Unidad 4, estudiantes de educación o representantes de los medios de comunicación mientras participan 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 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 autorizo para que \_\_\_\_\_ sea 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

Esta forma debe ser devuelta al consejero de su hijo (de la escuela secundaria/preparatoria)  
o a la oficina de su escuela primaria.

Esta forma debe ser completada por cada año académico de asistencia.

741 4-30-02

**FIELD TRIP PERMIT**

Edison Middle School Physical Education classes  
and  
Classroom trips to the Champaign Public Library

Edison Middle Teacher/Sponsor  
(Teacher/Sponsor)

\_\_\_\_\_  
(Daytime Telephone #)

**PARENTS/GUARDIANS:**

The trip(s) will be during class times between 7:55 a.m. and 2:40 p.m. during the school year of 2017-2018.

**Purpose of field trip:**

P.E. classes will be going to Hessel Park for field space that is not available at Edison. Core classes will go to the Public Library to utilize the resources for projects.

**Students are traveling by:**

- X Unit 4 bus (Hessel Park)
- X Walking (Public Library)

**PARENT'S/GUARDIAN'S APPROVAL:**

I give my permission for \_\_\_\_\_ to participate in the field trip(s) described above.

Emergency/Back-Up adult available:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Parent's/Guardian's Signature)

\_\_\_\_\_  
(Date)

\_\_\_\_\_  
(Emergency contact)

\_\_\_\_\_  
(Phone number)

**AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN EXCURSIONES ESCOLARES**  
**FIELD TRIP PERMIT**

Clases de Educación Física de la Escuela Secundaria Edison  
y  
Excursiones de clase a la Biblioteca Pública de Champaign

Maestra/Patrocinador de la secundaria Edison

\_\_\_\_\_  
(Maestra/Patrocinador)

\_\_\_\_\_  
(Numero de teléfono durante el día)

**PADRES/GUARDIANES:**

La(s) excursión(es) será(n) durante las horas de clase entre las 7:55 de la mañana y las 2:40 de la tarde durante el año escolar del 2017-2018.

**El propósito de la excursión:**

Las clases de Educación Física irán al parque Hessel para utilizar el espacio que no se tiene disponible en Edison para realizar actividades. Las clases principales irán a la biblioteca pública para utilizar los recursos para realizar proyectos.

**Los estudiantes viajarán por:**

- X Autobús de la Unidad 4 (Parque Hessel)
- X Caminado (Biblioteca Pública)

**APROBACIÓN DEL PADRE/GUARDIÁN:**

Yo doy me permiso para que \_\_\_\_\_ participe en la(s) excursión(es) que se describieron anteriormente.

Adulto disponible para emergencias:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del Padre/Guardián)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
Contacto de emergencia)

\_\_\_\_\_  
(Número de teléfono)