

KUSD Request for Hotspot Form

Parents/Guardians can use this form to request a mobile wireless Hotspot for educational use through Summer 2022. Parents/Guardians should list all children enrolled, as each Hotspot will only be assigned to one student.

Parent/Guardian Name (Please Print): _____ Date: _____

Parent/Guardian Phone Number: _____ email: _____

Student Last Name	Student First Name	Current School	Current Grade

A mobile wireless Hotspot will be issued to any KUSD student who lacks dedicated internet access at home, with the understanding that the Hotspot is solely configured to work in conjunction with a KUSD issued Chromebook/Device. Each Hotspot will be uniquely paired with a dedicated Chromebook/Device. No other household or personal devices will be able to connect or access the data associated with the KUSD Hotspot.

If a KUSD Hotspot is issued to your student, at **no time** should a student/parent/family member:

1. Attempt to modify the Hotspot.
2. Attempt to modify the configuration of the hardware and software.
3. Use their device for non-educational purposes.
4. Be used by anyone other than a KUSD student. KUSD will review reports of installed filtering/monitoring software to determine usage and content.

The assigned device is to be used for educational purposes only, and further expectations can be found in Policy 6633 Student Technology Acceptable Use Policy. <http://kUSD.edu/techuse>. Parents can review the US Cellular privacy policy here (<https://www.uscellular.com/privacy>).

A Hotspot device guide sheet on proper care and connection has been made available to you. Should the device be returned to the District in inoperable condition and/or damaged beyond normal use, the student and parent/guardian are responsible for the cost of repair or its fair market replacement value. If the device is lost or stolen, replacement expenses at the fair market value on the date of loss will be the responsibility of the student and parent/guardian. The fair market replacement cost for the Hotspot will be \$100. **Students must return the device undamaged and in working condition when requested.** Failure to return the device to the District when requested may result in legal action for the return of its property. Should the District have to initiate any such proceedings, the parent/guardian and student will be responsible for the fees incurred by the District in obtaining the return of its property.

Formulario de Solicitud de KUSD para Hotspot

Los padres/tutores pueden usar este formulario para solicitar un punto de acceso inalámbrico móvil para uso educativo hasta el verano de 2022. Los padres/tutores deben enumerar a todos los niños inscritos, ya que cada punto de acceso sólo se asignará a un estudiante.

Nombre del Padre/Tutor (en letra de imprenta): _____ Fecha: _____

Número de teléfono del Padre/Tutor: _____ email: _____

Apellido del Estudiante	Primer Nombre del Estudiante	Escuela	Grado Actual

Se emitirá un punto de acceso inalámbrico móvil (Hotspot) a cualquier estudiante de KUSD que no tenga acceso a Internet dedicado en casa con el entendimiento de que el Hotspot está configurado únicamente para funcionar en conjunto con un Chromebook/Dispositivo emitido por KUSD. Cada punto de acceso se combinará de forma exclusiva con un Chromebook/Dispositivo dedicado. Ningún otro dispositivo doméstico o personal podrá conectarse o acceder a los datos asociados con el punto de acceso KUSD.

Si se emite un Hotspot de KUSD a su estudiante, en **ningún momento** un estudiante/padre/ miembro de la familia debe:

1. Intentar modificar el Hotspot.
2. Intente modificar la configuración del hardware y el software.
3. Utilice su dispositivo para fines no educativos.
4. Ser utilizado por cualquier persona que no sea un estudiante de KUSD. KUSD revisará los informes del software de filtrado/monitoreo instalado para determinar el uso y el contenido.

El dispositivo asignado debe usarse sólo con fines educativos, y se pueden encontrar más expectativas en la Política 6633 Política de Uso Aceptable de la Tecnología del Estudiante. <http://kUSD.edu/techuse>. Los padres pueden revisar la política de privacidad de US Cellular aquí (<https://www.uscellular.com/privacy>).

Se le ha proporcionado una hoja de guía del dispositivo Hotspot sobre el cuidado y la conexión adecuados. Si el dispositivo se devuelve al Distrito en condiciones inoperables y/o dañado más allá del uso normal, el estudiante y los padres/tutores son responsables del costo de reparación o de su valor justo de reemplazo en el mercado.

Si el dispositivo se pierde o es robado, los gastos de reemplazo al valor justo de mercado en la fecha de la pérdida serán responsabilidad del estudiante y sus padres / tutores. El costo justo de reemplazo del mercado para el Hotspot será de \$100. **Los estudiantes deben devolver el dispositivo sin daños y en condiciones de funcionamiento cuando se les solicite.** Si no se devuelve el dispositivo al Distrito cuando se lo solicite, se pueden iniciar acciones legales por la devolución de su propiedad. Si el Distrito tiene que iniciar dichos procedimientos, el padre/tutor y el estudiante serán responsables de los costos incurridos por el Distrito para obtener la devolución de su propiedad.

Actualizado el 23 de julio, de 2020 KUSD Procesado: _____ Fecha: _____



Walking Permission Slip

Dear Parents/Guardians:

As part of your student's education, he/she will walk to several community projects, fieldwork opportunities, and field trips. They will also experience advisory walks in which the class will build community. Examples of these experiences include, but are not limited to:

- Classroom Fieldwork/Data Collection
- Kenosha Museums
- Advisory Walks
- Kenosha Lakefront for Cleanup
- Local Businesses

These experiences are an integral part of your child's education and can be considered part of the normal school day. Other trips involving travel will have a separate permission slip.

_____ (Please print student name) _____ (student ID #)
has my permission to participate in school activities that are within walking distance of Reuther Central High School for the **2020-21** school year. I realize that Reuther Central High School will not be held responsible for conduct or action that is contrary to school standards.

I can be reached at _____ (Cell or home phone) or _____ (work phone)

Print Parent/Guardian Name

Date

Parent/Guardian Signature

Date

My student will _____ /will not _____ need medication during walking field trips.

Name of Medication: _____



COMPUTER DAMAGE AND VANDALISM POLICIES

Dear Parent/Guardian:

Due to the high cost of providing and maintaining electronic devices, such as laptops and ipads, for all students in their core classes the following procedures must be followed to ensure safe and effective use of the devices.

- Classroom teachers are accountable for checking all computers daily for damage and/or vandalism, including damage to keyboards, screens, batteries, hinges, etc. Staff will notify tech staff and the dean of students if any damage or vandalism is observed.
- **All** students must sign on and off computers for all computer-based curriculum use.
- **All** students are assigned an electronic device in classrooms where they are accessible and must **ONLY** use the device they are assigned to.
- **NO** food, drinks, game playing, music CDs, or Internet surfing will be allowed.
- **NO** student will be left unattended in any of the classrooms.

Any vandalism or damage may result in loss of privileges and/or criminal fine. The following in school consequences may occur:

- Verbal warning and loss of computer privilege
- Written warning and loss of computer privilege
- Suspension of Privileges and referral to the Dean of Students
- Referral to the Dean of Students and/or suspension from school

This form must be signed by above parties and returned at registration before your student will be allowed computer privileges. By signing this form, you have read and understood the above information. You will be held responsible for cost, repairs, or replacement for any vandalism or theft that occurs.

Student Name (Please Print) _____ Date: _____

Parent/Guardian Name (Please Print) _____ Date: _____

Parent/Guardian Signature _____ Date: _____

Request for Pre-Arranged Absence

Kenosha Unified School District No. 1
School Board Policies
Rule 5310 B(2) Pre-Arranged Absences:

Approval of a request for a pre-arranged absence may be given in situations such as family, group, or individual activities of significant benefit to the student to warrant absences from school. Building principals may approve the prearranged absence of students upon written request from a parent/guardian. Requests for approval of a prearranged absence will be submitted on the form provided by the school office, and will be considered after the necessary details are provided, including reason for the request, evaluative notations by the teachers, signature of the parent/guardian, and other information which may be requested. In accordance with states statute 118.15 (3)(c) ... A child may not be excused for more than 10 days in a school year under this paragraph.

Request for Absence:

The parent(s)/guardian(s) of _____ are planning an absence from school for _____ school days, from _____ to _____ for the purpose of _____.

Parent/Guardian Signature

Date

Academic Standing:

School attendance impacts the progress of academic success. Please consult with the classroom teacher(s) for current academic standings and any comments regarding this pre-arranged absence.

Course/Subject:	Grade:	Teacher:	Comments:

Verification:

Kenosha Unified School District acknowledges your request for an absence. We appreciate your communication and encourage strong school attendance for the remainder of the school year. It is the student's responsibility to ensure all possible make-up work is completed.

Principal Signature

Date

Approved

Not Recommended Due to Academic/Attendance Concerns

Distrito Escolar Unificado de Kenosha No. 1
Política de la Junta Escolar
Regla 5310 B (2) Ausencia Pre-Programada:

La aprobación de una solicitud de ausencia pre-programada puede ser otorgar en situaciones tales como de familia, grupo, o actividades individuales de beneficio significativo para el estudiante para justificar la ausencia de la escuela. EL Principal del Edificio puede aprobar la solicitud pre-programada de ausencia del estudiante por una petición por escrito del padre/tutor. Solicitud de aprobación de ausencia pre-programada se presenta por medio del formulario proporcionado por la oficina escolar. Y se tomara en consideración después que proporcione detalles necesarios, incluyendo motivo de solicitud, notas de evaluación por parte del maestro/a, firma del padre/tutor, y alguna otra información que puede ser solicitada. De acuerdo con el estatuto estatal 118.15 (3)(c) ... Bajo este párrafo, un niño/a no puede ser justificado por más de 10 días en un año escolar.

Solicitud de Ausencia:

El padre(s)/tutor(es) de _____ están planeando un ausencia de la escuela para _____ días escolares, del _____ al _____ con el propósito de _____.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Posición Académica:

La asistencia escolar afecta el progreso del éxito académico. Favor de consultar con el maestro(s) de la clase, para la posición académica actual con respecto a esta ausencia pre-programada.

Curso/Materia:	Grado:	Maestro/a:	Comentarios:

Verificación:

EL Distrito Escolar Unificado de Kenosha tomara en cuenta su solicitud de ausencia. Agradecemos su comunicación y estimulamos fuertemente la asistencia escolar para el resto del año escolar, Es la responsabilidad del estudiante de asegurarse que todo trabajo faltante posible sea completado.

Firma del Principal

Fecha

Aprobado

No lo Recomendáramos Dado a Preocupación Académica/Asistencia

**KENOSHA UNIFIED SCHOOL DISTRICT NO. 1
MEDICATION AUTHORIZATION FORM**

SCHOOL NAME: _____ **PHONE:** _____ **FAX:** _____

ONE MEDICATION PER FORM

Prescription Medication: Health Care Provider to complete. Health Care Provider signature required.
Parent/Guardian signature required.

Non-Prescription Medication: Parent/Guardian to complete. Parent/Guardian signature required.

.....
Medication to be administered as directed.

Student Name: _____ DOB: ____/____/____

Medication: _____

Dosage: _____

Route: _____

Time(s) Administered: _____

Reason for Medication: _____

Student may carry medication for Emergency purposes: _____ Yes _____ No

Additional directions/symptoms: _____

Health Care Provider Signature: _____ Date: ____/____/____

Health Care Provider Name (Please Print): _____

Address: _____ Phone: _____ Fax: _____

NOTE: Parent/Guardian signature permits designated school staff to dispense medication to the above student and to contact the health care provider at any time with questions or concerns related to this student's medical condition and medication.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: ____/____/____

Parent/Guardian Name (Please Print): _____

Daytime Phone Number: _____

CRITERIA FOR DISPENSING MEDICATION

1. **Authorization:** Students requiring medication at school, including herbal and vitamin supplements, shall provide a completed "Medication Authorization Form". Prescription medications require a signature from **both** a health care provider and parent/guardian. Non-prescription medications require the parent/guardian signature. The parents must notify the school when the drug is discontinued or for any changes. An updated medication authorization form is required for all changes in medication, dosage, or administration time. All medication authorization forms must be renewed annually. All unclaimed medication at the end of the school year will be disposed of per policy.
2. **Container:** All medication must be supplied in the original container. Prescription medications require the pharmacy label. Non-prescription medication must be in the original container with the directions on the container including student name. All medication shall be kept in a locked cabinet.
3. **Delivery to School:** It is the responsibility of the parent/guardian to provide and deliver to the school all authorized medication and replace expired medication.

DISTRITO UNIFICADO ESCOLAR DE KENOSHA NO. 1
FORMATO DE AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____ **TELÉFONO:** _____ **FAX:** _____

UN MEDICAMENTO POR FORMATO

Medicamento Con Receta Médica: A completar por el Proveedor de Servicios Médicos. Requiere firma del Proveedor de Servicios Médicos. Requiere firma del Padre/Representante Legal.

Medicamento Sin Receta Médica: A completar por el Padre/Representante Legal. Requiere firma del Padre/Representante Legal.

Medicamento para ser administrado como se indique.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Medicamento: _____

Dosis: _____

Vía: _____

Tiempo(s) de Administración: _____

Razón por el Medicamento: _____

El estudiante puede llevarse su medicamento para propósitos de una emergencia: _____ Si _____ No

Síntomas/indicaciones adicionales: _____

Firma del Proveedor de Servicios Médicos: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre del Proveedor de Servicios Médicos: (por favor escriba en letra de molde): _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

NOTA: La firma del Padre/Representante Legal permite al personal designado por la escuela suministrar el medicamento al estudiante citado anteriormente y a contactar al proveedor de servicios médicos en cualquier momento con preguntas e inquietudes relacionadas con ésta condición médica del estudiante y el medicamento.

Firma del Padre/Representante Legal: _____ Fecha ____ / ____ / ____

Nombre del Padre/Representante Legal: (por favor escriba en letra de molde): _____

Numero Telefónico durante el día: _____

CRITERIO PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

1. **Autorización:** Los estudiantes que requieran medicamento en la escuela, incluyendo suplementos vitamínicos y herbales deberán entregar el formato completo de "Autorización de Medicamentos". Los medicamentos con receta médica requieren la firma de **ambos**, tanto del proveedor de servicios médicos como del padre/representante legal. Los medicamentos sin receta médica requieren la firma del padre/representante legal. Los padres deberán notificar a la escuela cuando el medicamento debe ser suspendido o cualquier otro cambio. Un formato actualizado de autorización de medicamento se requiere para todos los cambios en medicamentos, dosis u hora de administración. Todos los formatos de autorización de medicamentos deberán renovarse anualmente. Todos los medicamentos que no sean reclamados al final de año escolar serán desechados de acuerdo a la normativa.
2. **Envase:** Todos los medicamentos deben ser entregados en su envase original. Los medicamentos con receta médica requieren la etiqueta original de la farmacia. Medicamentos sin receta médica deben estar en su envase original con las indicaciones en el envase incluyendo el nombre del estudiante. Todos los medicamentos deben guardarse en un gabinete con seguro.
3. **Entrega a la Escuela:** Es de responsabilidad del padre/representante legal suministrar y entregar a la escuela todos los medicamentos autorizados y sustituir todos los medicamentos vencidos.