

(San Juan Unified School District)
Bridges After-School Summer Program
Application for Registration 2025



سان هوآن یونیفایډ ښوونیزه حوزه
Bridges د ښوونځي څخه وروسته د اوږي پروګرام
د ۲۰۲۵م کال د نوم لیکنې لپاره غوښتنلیک

د اوږي ټول پروګرامونه به د جون له ۲۳مې نیټې څخه د جولای تر ۱۸مې نیټې پورې، د دوشنبې څخه تر جمعي، د غږې له ۱۲ بجو څخه د ماښام تر ۶ بجو پورې روان وي

مهرباني وکړئ لاندې د برنامې ساحه یا ځای وټاکئ.

☐ Arcade Middle School ☐ Thomas Edison ☐ Cameron Ranch ☐ Arlington Heights
☐ Sierra Oaks K-8 ☐ Greer Elementary ☐ Carmichael Elementary ☐ Grand Oaks
☐ Del Paso Manor ☐ Barrett Middle School ☐ Coyle Elementary ☐ Kingswood K-8
☐ Dyer Kelly Elementary ☐ Churchill Middle School ☐ Starr King K-8 ☐ Lichen K-8
☐ Sylvan Middle School

ټول ښوونځي به د جمعي په ورځ، د جولای په ۴مه نیټه بند یا رخصت وي.

لطفاً د غوښتنلیک بڼه پرته د Bridges برنامې ساحوي کارکوونکي ته په خپل ښوونځي کې، یا د Bridges له ښوونځي وروسته د سیمه ییزو دفترونو څخه یوه ته وسپارئ.

- Arden Arcade Region 916-979-8324: General Davie Rm 20, 1500 Dom Way, Sacramento, CA 95864
- Carmichael Region 916-971-7386: Orange Grove Rm G3, 4640 Orange Grove Ave, Sacramento, CA 95841
- Citrus Heights Region 916-979-8399: Grand Oaks Elementary Rm H7, 7901 Rosswood Drive, Citrus Heights, CA 95621

وړتیا: هغه زده کوونکي چې اوس مهال د سان هوآن یونیفایډ په ښوونیزه حوزه کې زده کړې کوي مستحق دي چې په یوه ګډون کوونکي ښوونځي کې د ښوونځي وروسته د اوږي برنامې (Bridges) لپاره غوښتنلیک ورکړي. نوم لیکنه محدوده ده او ټاکل کيږي چې د شمولیت لومړی حق هغه کس ته ورکول کيږي چې لومړی راځي. همداسې لومړیتوب هغو زده کوونکو ته ورکول کيږي چې د عادي کال په جریان کې ښوونځي ته حاضري ورکړي وي، هغه زده کوونکي چې د مک کيني وینټو پي کورۍ مرستې قانون، انګلیسي زده کوونکي، او زده کوونکي د وړیا یا کم قیمت خوړو لپاره وړ دي. کچیرې ستاسو ماشوم کوم ګروپ ته په شرایطو برابر وي، لطفاً دلته یې په نښه کړئ:

لطفاً په ګوته کړئ چې آیا ستاسو ماشوم د ۲۰۲۴ - ۲۵ ښوونیز کال لپاره د ښوونځي وروسته (Bridges) چې د اوږي برنامه ده ښوونځي څي؟
هو **نه**
تصديق: د نوم لیکنې تصديق به ستاسو د غوره شوي حوزې د اړیکو د طریقې له لارې درکړل شي.

د زده کوونکي نوم	لومړنی نوم:	تخلص:
د زده کوونکي ادرس	د سړک آدرس:	ښار
د زده کوونکي پېژند پانه یا ID نمبر		ایالت
د زیږیدو نیټه		زیږ کود
ښوونځی/ټولگی ۲۰۲۴ - ۲۵	ښوونځی:	ټولگی:
ښوونځی/ټولگی ۲۰۲۵ - ۲۶	ښوونځی:	ټولگی:
په دوه ژبو خبرې کوونکی	هو	هغه ژبې چې خبرې پرې کوي:
ځانګړې اړتیاوې ولیکئ		

والدين/سرپرست: _____ ټلېفون: _____ اړیکه _____

برېښنالیک: _____

والدين/سرپرست: _____ ټلېفون: _____ اړیکه _____

برېښنالیک: _____

د یو ښوونځي څخه بل ښوونځي ته ترانسپورت - د Skycrest، Carriage او Mariposa زده کوونکو لپاره شتون لري:

د ۲۰۲۵ برجیز د اوږي پروگرام لپاره، د Skycrest زده کوونکو ته چې د Kingswood د اوږي پروگرام کې برخه اخلي، او د Carriage او Mariposa زده کوونکو ته چې د Grand Oaks د اوږي پروگرام کې برخه اخلي، د ترانسپورت اسانتیا شته. زده کوونکي د دې محدود ترانسپورتي خدمت مستحق دي کچیرې دوي د منظم ښوونیز کال په جریان کې په Carriage, Skycrest یا Mariposa کې زده کړې کوي. د ترانسپورت د اوچتولو او ښکته کولو وختونه ممکن د چاپ شوي پروگرام له وختونو سره فرق ولري، که ژر وي یا ناوخته. د ترانسپورت مهالویش به د اوږي د پروگرام له پیل څخه مخکې گډون کوونکو کورنیو ته ورکول کیږي. که مستحق یاست، مهرباني وکړئ لاندې ځای کې وښایاست که ترانسپورت ته اړتیا لری.

_____ زما د Skycrest زده کوونکی به د Kingswood د اوږي په برنامه کې گډون کوي او د Skycrest او Kingswood ترمنځ ترانسپورت ته اړتیا لري.

_____ زما د Carriage یا Mariposa (یوه انتخاب کړئ) زده کوونکی به د Grand Oaks د اوږي په برنامه کې گډون کوي او د خپلې ښوونځي او Grand Oaks ترمنځ ترانسپورت ته اړتیا لري.



San Juan Unified School District

د ښوونځي وروسته، د بریځیز پروګرام
بیرني معلومات 2025



د زده کونکي نوم او تخلص: _____ د زیږون نېټه: _____

د کور د تېلفون شمېره _____ د مېایل شمېره _____ د بل تېلفون نمبر _____
 څوک چې ماشوم ورسره اوسیږي _____ پته/ آدرس _____
 والدین/سرپرست _____ د ماشوم سره اړیکه _____
 د کار ځای _____ د کار د تېلفون شمېره _____
 والدین/سرپرست _____ د ماشوم سره اړیکه _____
 د کار ځای _____ د کار د تېلفون شمېره _____

بیرني معلومات: زده کونکي به یوازې د مور او پلار / سرپرست لاسلیک سره یا د لاندې نومول شوي کس له لخوا د پروګرام څخه یوړل شي. که ستاسو ماشوم ناروغ وي یا اضطرابي حالت ولري او مور او پلار/سرپرست نه شي رسیدلې، ستاسو ماشوم ممکن ټاکل شوي بیرني تماس کس ته تسلیم شي. بیرني تماسونه باید د 16 کلونو یا ډیر عمر ولري. والدین/سرپرست اړ دي چې بیرني معلومات تازه کړي ځکه چې بدلونونه پېښیږي.

بیرني اړیکې: (لږترلږه دوه اړین دي)

نوم	اړیکه	د کور د تېلفون شمېره	د مېایل شمېره
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

والدین / سرپرست باید یو په نښه کړي

0. په بیرني حالت کې، کله چې مور او پلار یا سرپرست شتون نلري، زه د ښوونځي پرسونل ته اجازه ورکوم چې زما د ماشوم لپاره د طبي / روغتون پاملرنې، د اړین ترانسپورت په شمول، د دوی د غوره قضاوت سره سم ترتیب کړي. ما لاندې نومول شوي ډاکټر ته اجازه ورکړه چې داسې پاملرنه او درملنه وکړي لکه څنګه چې اړین ګڼل کیږي. په هغه حالت کې چې ډاکټر شتون نلري، زه اجازه ورکوم چې دا ډول پاملرنې او درملنه د جواز لرونکي ډاکټر یا جراح لخوا ترسره شي. زه موافق یم چې د پورتنۍ قضیه په پایله کې ټول لګښتونه تادیه کړم.

0. زه پورتنۍ وینا نه غوره کوم او د بیرني حالت په صورت کې د لاندې عمل غوښتنه کوم:

د ډاکټر نوم _____ د تېلفون شمېره _____
 میډیکل انشورنس _____ آیدی نمبر _____

لید: عینکي استفاده کوی ☐ لینز استفاده کوی ☐ هر وخت د اغوستلو لپاره ترجیحي ناستې ته اړتیا لري د سترګو د وروستي ازموینې نېټه:

اوریدل ☐ د اوریدلو ستونزه لري ☐ په غوږونو کې ټیوب لري ☐ د اوریدلو وسیله کاروي ☐ ترجیحي ناستې ته اړتیا لري

عمومي روغتیا: 1. ذکر شوی حالتونه لري ☐ د سا بندل ☐ عصبي ناروغي ☐ بی هوښه کېدل ☐ د شکر ناروغي ☐ میګرډی ☐ ADHD ☐ میګرډین

د مچپو د چپلو سره حساسیت، عکس العمل (وضاحت) _____ نور _____ د زړه تکلیف ☐ حساسیت

2. د وړاندیز شوي درملو لیست _____ اوسنی دوز: _____

د (تشخیص) لپاره _____ د ډاکټر لخوا وړاندیز شوی _____ د تېلفون شمېره _____

3. یو فزیکي حالت لري چې ګډون یې محدودوي ☐ نه ☐ هو (تشریح کړئ): _____

4. ځانګړي اړتیاوې لري ☐ نه ☐ هو (تشریح کړئ): _____

"زه د خپل ماشوم د طبي معلوماتو د خپرولو اجازه ورکوم 1. د ښوونځي ښوونیزې حوزې لخوا او د بلینګ اجنټ ته د خدماتو چمتو کونکي او 2. د ښوونیزې حوزې لخوا زما د بیمې وړونکي ته د ادعا پروسس کولو یا د طبي مرستې ګټو تادیه کولو غوښتنه کولو لپاره. شریک شوي معلومات به یوازې د روغتیا خدماتو اسنادو پورې محدود وي."

د والدینو /سرپرست لاسلیک _____ نېټه _____
 نوم _____ د ماشوم سره اړیکه _____

White copy for site, Yellow copy for office, Pink copy for parent

پاليسی او لارښوونې

1. **گډون:** د ښوونځي وروسته د بريجيز پروگرام د ټولو زده کونکو لپاره چې غواړي گډون وکړي شتون لري او د شموليت لومړي حق هغه ته ورکول کيږي چې اول راځي. د پروگرام گډون د ټولو پاليسيو او لارښوونو تعقيب ته اړتيا لري لکه څنگه چې لاندې تشرېح شوي.
 2. **حاضري:** منظم حاضري مهمه ده. زده کونکي بايد د دوشنبه څخه تر پنجشنبې لږترلږه د دريو ساعتونو لپاره د ښوونځي وروسته د دوبي په بريجيز پروگرام کې برخه واخلي. که چيرې يو زده کونکي غير حاضر وي، نو د والدينو څخه تمه کيږي چې د بريجيز پروگرام کارمندانو سره په ليکلي يا شفاهي توگه اړيکه ونيسي. دري مجموعي غير معمولي غيرحاضري ډير په پام کې نيول کيدی شي او په برنامه کې د زده کونکي د نوم ليکنې د لغوه کيدلو سبب کيدلی شي.
 3. **د زده کونکي پک اپ يا کورته بول:** هغه زده کونکي چې د ښوونځي څخه وروسته د بريجيز په پروگرام کې برخه اخلي بايد د مور او پلار/سرپرست يا هغه چا ته تسليم شي چې د مور او پلار/سرپرست لخوا ټاکل شوی وي (لږترلږه 16 کلن وي) او اجازه بايد په ليکلي ډول ترلاسه شي. زده کونکي بايد هره ورځ د ښوونځي وروسته د بريجيز په پای کې ژر تر ژره د ښوونځي څخه تسليم شي. که چيرې يو زده کونکي د پروگرام په پای کې د کورنۍ لخوا نه وي تسليم شوی، د بريجيز کارمندان به هڅه وکړي چې د مور او پلار/سرپرست او/يا هغه اشخاصو سره اړيکه ونيسي چې د بېرني اړيکو په توگه ټاکل شوي. درې ناوخته پورته کول به د بريجيز وروسته له ښوونځي پروگرام څخه د گوښه کيدو لامل شي.
 4. **د زده کونکي چلند:** ټول زده کونکي بايد د سن هوان يونيفايډ ښوونيزی حوزی د ښوونځي مقررات او د ښوونځي څخه وروسته د بريجيز پروگرام اضافي پاليسی تعقيب کړي. د نورو زده کونکو يا کارمندانو په وړاندې گډوډي يا د بې احترامي چلند د گوښه کيدو لامل دی. د بريجيز وروسته - د ښوونځي کارمندان به خبرتيا ورکړي او/يا والدين/سرپرست د چلند په مداخلو کې چې پېښيږي شامل کړي. دا هڅول کيږي چې مور او پلار/سرپرست د بريجيز څخه وروسته د ښوونځي سايټ کورډينيټور سره د هر ډول چلند او انديښنو په اړه بحث وکړي. * د ښوونځي څخه وروسته بريجيز به تاوتريخوالی، مخدره توکي، توکميز سپکاوی، جنسي خورونه، نامناسب لمس کول يا د نورو په وړاندې د شخصي کمولو زغم نه کوي. که چيرې د دې پېښو څخه کومه پېښه رامنځ ته شي، په سمدستي توگه به انضباطي اقدام وشي او د پروگرام د لغوه کيدو پايله کيدی شي.
 5. **د والدينو ملاتړ او ځواکمنتيا:** والدين/سرپرست د ښوونځي څخه وروسته د بريجيز د برنامه په برياليتوب کې مهم شريکان دي. مور ستاسو والدينو گډون ته سترگې په لار يو.
- ما پورته ټول معلومات ولوستل او پری پوه شوم. زه موافق یم چې د ښوونځي څخه وروسته د بريجيز ټولو پاليسيو او لارښوونو ته غاړه کېږدم او زما د زده کونکي سره مرسته وکړم چې د ښوونځي څخه وروسته د بريجيز لارښوونې باندې پوه او هغه تعقيب کړم.
- د ښوونځي څخه وروسته د بريجيز پروگرام لپاره تمويل ته اړتيا ده چې د برخه اخيستونکو زده کونکو لپاره احصايوي معلومات راټول او راپور ورکړل شي. ارزونکي معلومات پټ ساتي او د انفرادي ماشومانو په اړه هېڅ معلومات ندي راپور شوي. ستاسو نوم، د ماشوم نوم يا پېژندنې معلومات به پټ ساتل کيږي او د مطالعې په کوم چاپ شوي راپور کې به نه شامل کيږي.
- د والدينو لپاره له ښوونځي وروسته د بريجيز د شراکت په تړون کې زما لاسليک سره، زه د دې سند تر لاسه کول منم او د دې احصايوي معلوماتو محرم راټولولو او راپور ورکولو ته خپل رضایت ورکوم.

نېټه

ښوونځی

د زده کونکي نوم

د زده کونکي سره اړيکه

د مور يا پلار/سرپرست لاسليک