



San Juan Unified School District
Bridges After-School Program
Application for Enrollment 2025-26
San Juan مديرية تربية
برنامج ما بعد المدرسة (Bridges)
استمارة التسجيل للعام الدراسي ٢٠٢٥-٢٠٢٦



المدرسة التي يحضر اليها الطالب School Attending		المدرسة / School:	
اسم الطفل / Child's Name:		الاسم الأخير / Last:	
عنوان الطفل / Child's Address:		عنوان الشارع / Street Address:	
تاريخ الميلاد / Date of Birth:		الاسم الأول / First:	
الصف / Grade / المعلم / Teacher:		الاسم الأخير / Last:	
هل الطفل يتحدث لغتين / Bilingual:		الاسم الأول / First:	
ولي الأمر / الوصي / Parent/ Guardian:		الاسم الأخير / Last:	
رقم الهاتف / Phone:		الاسم الأول / First:	
ولي الأمر / الوصي / Parent/ Guardian:		الاسم الأخير / Last:	
رقم الهاتف / Phone:		الاسم الأول / First:	
هل الطالب هو أحد الطلاب المسجلين حاليًا في برنامج Bridges ؟		الاسم الأخير / Last:	

أولوية التسجيل: ستعطى الأولوية للطلاب المؤهلين بموجب قانون مساعدة الطلاب الذين ليس لديهم مأوى ثابت للسكن McKinney-Vento ، والشباب المتبنين في دار الرعاية (Foster Youth)، ومتعلمي اللغة الإنجليزية، والطلاب المؤهلين للحصول على وجبات طعام مجانية أو مخفضة السعر. إذا كان الطالب مؤهلاً لأي من المجموعات ذات الأولوية، فيرجى التحقق

المشاركة: برنامج ال Bridges ما بعد المدرسة متاح لجميع الطلبة الذين يرغبون بالمشاركة ويتم تقديمه على أساس أسبقية الحضور بعد تطبيق الأولوية. تتطلب المشاركة في البرنامج الالتزام بجميع السياسات والمبادئ التوجيهية كما هو موضح أدناه. يطلب من أولياء الأمور / الأوصياء حضور الاجتماع التوجيهي لأولياء الأمور في بداية العام الدراسي.

الحضور: يعمل البرنامج من نهاية اليوم الدراسي وحتى الساعة ٦ مساءً على الأقل. في حالة تغيب الطالب، فيتوجب على أولياء الأمور إبلاغ موظفي برنامج ال Bridges، بالإضافة إلى الكادر الاعتيادي في اليوم الدراسي. يمكن اعتبار تراكم ١٠ حالات غياب بدون عذر على أنه تغيب مفرض. يجوز استلام الطلاب قبل نهاية وقت البرنامج إذا كان ذلك وفقاً لسياسة الانصراف المبكر لبرنامج ال Bridges ما بعد المدرسة.

استلام الطالب: يجب اخذ الطلبة مباشرة عند انتهاء برنامج "Bridges" ما بعد المدرسة يومياً. إذا لم يتم أخذ الطالب عند انتهاء البرنامج فسيقوم موظفي برنامج ال Bridges بالاتصال بولي الأمر/ الوصي أو الأشخاص الذين تم تعيينهم كوجهة اتصال في حال حدوث طارئ. وقد يقوم برنامج ال Bridges بفصل الطالب من البرنامج بعد التأخر لمدة ٣ مرات من استلام الطالب.

سلوك الطالب: يجب على جميع الطلبة اتباع قواعد تربية San Juan للمدارس الموحدة وأي سياسات إضافية تابعة لبرنامج ال Bridges ما بعد المدرسة. **السلوك الفوضوي و المعرقل وسلوك عدم الاحترام تجاه الطلبة الآخرين أو الموظفين أو السلوك الذي يشكل قلقاً على السلامة هو السبب في الطرد.** كادر برنامج ال Bridges ما بعد المدرسة سيقوم بأبلاغ و / أو إشراك أولياء الأمور / الأوصياء في تدخلات السلوك التي تحدث. يشجع فيه أولياء الأمور / الأوصياء على مناقشة الأمور المتعلقة بالسلوك مع منسق برنامج ال Bridges ما بعد المدرسة.

* برنامج ال Bridges ما بعد المدرسة سوف لن يتسامح مع العنف، المخدرات، العبارات العنصرية، التحرش الجنسي، واللمس الغير لائق أو التعليقات الشخصية المهينة تجاه الآخرين. إذا حصل واحداً من هذه الحوادث، سيتم اتخاذ إجراءات تأديبية فورا ويمكن أن يؤدي إلى الطرد من البرنامج.

لقد قمت بقراءة وفهم جميع المعلومات الواردة أعلاه، وبتوقيعي على هذه الوثيقة، أوافق على اتباع جميع سياسات وتوجيهات برنامج ال Bridges ما بعد المدرسة ومساعدة طفلي الطالب على فهم واتباع توجيهات برنامج ال Bridges ما بعد المدرسة.

تمويل برنامج ال Bridges ما بعد المدرسة يقتضي بجمع والإبلاغ عن المعلومات الإحصائية للطلبة المشاركين. يعمل المقيمون على الحفاظ على سرية المعلومات وعدم الإبلاغ عن أي معلومات عن أي طفل. وستبقى أسماء أولياء الأمور والطلبة وجميع المعلومات التعريفية مجهولة ولن تظهر في أي تقرير مطبوع متعلق بالدراسة.

بتوقيعي هذا على استمارة طلب التسجيل في برنامج ال Bridges ما بعد المدرسة، أقر باستلام هذه الوثيقة وأوافق وأعطي موافقتي على جميع المعلومات الاحصائية والإبلاغ عنها بشكل سري.

توقيع ولي الأمر / الوصي: _____ التاريخ: _____

BRIDGES STAFF USE ONLY

Returning Bridges student Y ____ N ____ If yes, from what school? _____ Student ID Number _____

Date application was received ____/____/____ Time application was received _____ Student's start date ____/____/____

HS/FY Verified Y ____ N ____ Initials _____



San Juan Unified School District Bridges After-School Program Emergency Information 2025-26



San Juan مديرية تربية
برنامج ما بعد المدرسة (Bridges)
أستمارة التسجيل للعام الدراسي ٢٠٢٤-٢٠٢٥

_____	_____
Birth Date / تاريخ الميلاد	Child's Full Name / اسم الطفل الكامل
_____	_____
Other Phone / رقم هاتف آخر	Cell Phone / رقم الهاتف الخليوي
_____	_____
Child Resides With / يسكن الطفل مع	Address / العنوان
_____	_____
Relationship / العلاقة بالطفل	Parent/ Guardian / ولي الأمر / الوصي
_____	_____
Business Phone / رقم هاتف العمل	Employer / رب العمل
_____	_____
Relationship / العلاقة بالطفل	Parent/ Guardian / ولي الأمر / الوصي
_____	_____
Business Phone / رقم هاتف العمل	Employer / رب العمل
_____	_____

معلومات الطوارئ: سيتم السماح للطلبة بالأنصراف من البرنامج فقط عند توقيع ولي الأمر/ الوصي أو من الذين تم تعينهم بالأسفل أدناه. إذا كان طفلك مريضاً أو لديه حالة طارئة ولا يمكن الاتصال بولي الأمر/ الوصي، فمن الممكن السماح لطفلك بالأنصراف مع الشخص الذي يكون قد عُيّن بالاتصال في الحالات الطارئة. يجب أن يكون الشخص المعين بالاتصال به في حالات الطوارئ ١٦ عاماً أو أكبر. أولياء الأمور/ الأوصياء مطالبين بتحديث المعلومات في حالات الطوارئ في حال حدوث تغييرات.

جهة الاتصال في حال الطوارئ: (مطلوب اثنين على الأقل)

الاسم	العلاقة بالطفل	رقم هاتف المنزل	رقم الهاتف الخليوي
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

ولي الأمر/ الوصي يجب عليهم اختيار واحداً من التالي

١. في حال حدوث حالة طارئة ، وعندما يكون ولي الأمر أو الوصي غير موجود أو لا يمكن الوصول اليهم، فأني أفضو وأخول أفراد المدرسة على القيام بعمل الترتيبات اللازمة لطفلي للحصول على الرعاية الطبية بما في ذلك عملية النقل الضروري وفقاً لأفضل تقديراتهم. اخول الطبيب المذكور اسمه اعلاه ان يقدم الرعاية و العلاج عند الضرورة. في حالة كون الطبيب المذكور أعلاه غير موجود فأني أخول بأن يتم إجراء و تقديم الرعاية و العلاج من قبل طبيب او جراح مرخص. أوافق على دفع جميع التكاليف المترتبة نتيجة للمذكور أعلاه.
٢. لا أختار النص أعلاه و أرغب في قيام الأجراء التالي في حالة الطوارئ:

_____	_____
الهاتف:	اسم الطبيب:
_____	_____
رقم هوية التأمين الصحي:	التأمين الصحي:

البصر: يرتدي نظارات يرتدي عدسات يتم ارتدائها في كل الأوقات يتطلب وضعية جلوس مفضلة تاريخ آخر فحص نظر _____

السمع: لديه مشاكل في السمع لديه أنابيب في الأذن يستخدم سماعة للسمع يتطلب وضعية جلوس مفضلة
الصحة العامة: ١. لديه الحالة (ات) الصحية التالية: الربو الصرع حالات أعماة مرض السكري اضطراب نقص الإيتباه مع فرط النشاط (ADHD) الشقيقة؛ الصداع التّصفيّ أمراض القلب حساسية _____ ردة فعل تحسسية تجاه لسعات النحل (أوصف): _____ أخرى _____

_____	_____
الجرعة الحالية:	أدرج الأدوية أو العلاجات الموصوفة بوصفة طبيّة:
_____	_____
رقم الهاتف:	تم وصفها من قبل الطبيب:
_____	_____
نعم (وضح):	لا <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم (وضح):
_____	_____
نعم (وضح):	لا <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم (وضح):
_____	_____

" أخول وأسمح بأعطاء المعلومات الطبية الخاصة بطفلي (١) من قبل مديرية التربية ومقدم الخدمات الى وكيل المدفوعات والفواتير المالية و (٢) من قبل مديرية التربية الى شركة التأمين الصحي الخاصة بي عند الضرورة لغرض المطالبة بحق أو عند الطلب لدفع أجور منافع الرعاية الصحية. المعلومات التي يتم نشرها ستكون محدودة لغرض توثيق الخدمة الصحية فقط."

_____	_____
التاريخ	توقيع ولي الأمر/ الوصي
_____	_____
صلة العلاقة بالطفل	الاسم