

				اطلاعات در باره مکتب (School Attending)
نام (F/Name):		تخلص (L/Name):		اسم کودک (Child's Name)
Street Address آدرس سرک/خیابان	City شهر	State ایالت	Zip کد پستی	آدرس کودک (Child's Address)
(F) زن (Non-Binary) غیر باینری	(M) مرد غیر باینری	(Gender) جنسیت		تاریخ تولد (DOB)
				صنف/معلم (Grade/Teacher)
زبان‌هایی که صحبت می‌کنید		(N) نخیر	(Y) بلی	دو زبانه (Bilingual)
والدین/ سرپرست:				والدین/ سرپرست:
قرابت:				تلفن:
ایمیل:				والدین/ سرپرست:
قرابت:				تلفن:
ایمیل:				خواهر/برادر شاگرد فعلی برنامه بریجز؟ بله نه
نام و مکتب خواهر/برادر				

اولویت ثبت نام: اولویت با شاگردانی است که تحت قانون کمک به بی‌خانمان‌های مک‌کینی-ونتو، جوانان تحت سرپرستی، شاگردان دوزبانه (یا زبان آموزان انگلیسی) و شاگردان واجد شرایط وعده‌های غذایی رایگان یا با قیمت کاهش یافته قرار می‌گیرند. اگر شاگردتان واجد شرایط هر یک از گروه‌های دارای اولویت است، لطفاً اینجا را علامت بنید:

**اشتراک:** برنامه بعد از مکتب بریجز به روی همه شاگردان که خواهان شرکت اند باز می‌باشد و پس از اولویت بندی به اساس اینکه هر که اول مراجعه کرده، ارائه می‌گردد. اشتراک در این برنامه مستلزم آن است که شاگردان باید از تمامی پالیسی‌ها و رهنمودها پیروی نمایند. والدین/ سرپرستان باید در آغاز سال تعلیمی در یک صنف رهنمائی والدین اشتراک نمایند.

**حاضری:** برنامه حد اقل برای ۳ ساعت می‌باشد و تا ساعت ۶:۰۰ شام ادامه می‌یابد. اگر یک شاگرد غیرحاضر می‌باشد، لازم است تا والدین کارمندان بریجز را در جریان قرار دهد، مزید بر کارمندان عادی مکتب. ۱۰ روز غیرحاضری بدون دلیل می‌تواند بیش از حد تلقی شود و شمولیت شاگرد در برنامه ممکن لغو گردد. شاگردان را فقط می‌توان در صورتی که مطابق با پالیسی رخصتی زود هنگام بریجز باشد قبل از پایان برنامه تسلیمی (Pick-up) گرفت.

**تسلیم شدن شاگرد (Student Pick-Up):** والدین باید شاگردان خود را پس پایان برنامه بریجز تسلیم شوند. اگر یک شاگرد الی اخیر برنامه تسلیم گرفته نشود، کارمندان بریجز با والدین/ سرپرست افراد که در تماس‌های حالات اضطرار قرار دارند تماس خواهند گرفت. برنامه بریجز می‌تواند یک شاگرد را پس از ۳ بار ناوقت تسلیم گرفتن، اخراج نماید.

**رفتار شاگرد:** تمام شاگردان مکلف اند تا از قوانین حوزه تعلیمی سان هوان و سایر پالیسی‌های بریجز پیروی نمایند. هرگونه رفتار نادرست، رفتار به دور از احترام در برابر سایر شاگردان یا کارمندان یا برخورد های که سبب ایجاد یک نگرانی گردد غیرقابل قبول اند و اخراج شاگرد را در پی خواهد داشت. در صورتی وقوع همچو رفتارها کارمندان بریجز والدین و سرپرستان را در جریان قرار خواهد داد. والدین و سرپرستان توصیه می‌گردند تا در رابطه با اینگونه رفتارها با کارمندان بریجز صحبت نمایند. \* برنامه بعد از مکتب بریجز موارد خشونت، استفاده از مواد مخدر، تبعیض نژادی، آزار و اذیت جنسی، تماس‌های نامناسب، و تحقیر دیگران را غیر قابل تحمل می‌داند. اگر هر یک از این موارد بوقوع بپیوندد، فوراً ما اقدام به تدابیر انضباطی خواهیم کرد و این سبب خواهد شد که فردی که دست به چنین عمل می‌زند از برنامه اخراج شود.

من معلومات فوق را خوانده ام و درک کرده ام. با امضا نمودن این سند، من موافقت می‌نمایم که تمام پالیسی‌ها و رهنمودهای بریجز را رعایت کنم و به شاگرد خود کمک می‌کنم تا این رهنمودها را درک و از آن پیروی کند.

بودجه برنامه بریجز مستلزم آن است که معلومات آماری برای اشتراک شاگردان جمع آوری و گزارش می‌شوند. افراد ارزیابی کننده این معلومات را محرم حفظ می‌نمایند و معلومات هیچ یک از شاگردان را گزارش نمی‌کند. اسم والدین، شاگردان و تمام معلومات شناسایی محرم باقی خواهند ماند و در هیچ گزارش چاپی برای مطالعه ظاهر نخواهد شد.

با امضای درخواست شمولیت در بریجز، من دریافت این سند را تصدیق می‌نمایم، و با جمع آوری و گزارش محرمانه اطلاعات آماری موافقت می‌نمایم.

امضای والدین/ سرپرست: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

**BRIDGES STAFF USE ONLY**

Returning بریجز or 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 \_\_\_\_\_



حوزه تعلیمی سن هوان (San Juan Unified School District)  
 برنامه تابستانی بعد از مکتب بریجز (Bridges After-School Program)  
 معلومات مواقع اضطراری 2025-26 (Emergency Information 2025-26)



نام مکمل شاگرد \_\_\_\_\_ تاریخ تولد \_\_\_\_\_  
 شماره تلفون خانه \_\_\_\_\_ شماره تلفون شخصی \_\_\_\_\_ شماره دیگر \_\_\_\_\_  
 آدرس \_\_\_\_\_  
 والدین/سرپرست \_\_\_\_\_ قرابت \_\_\_\_\_  
 کارفرما \_\_\_\_\_ شماره تلفون رسمی \_\_\_\_\_  
 والدین/سرپرست \_\_\_\_\_ قرابت \_\_\_\_\_  
 کارفرما \_\_\_\_\_ نمبر تلفون رسمی \_\_\_\_\_

**اطلاعات اضطراری:**  
 شاگردان تنها با امضای والدین/سرپرست یا فردی که در زیر مشخص شده از برنامه خارج خواهند شد. اگر فرزند شما مریض باشد یا شرایط اضطراری داشته باشد و امکان تماس با والدین/سرپرست نباشد، ممکن است به یکی از مخاطبان حالات اضطراری مشخص شده سپرده شود. مخاطبان اضطراری باید ۱۶ سال یا بیشتر داشته باشند. والدین/سرپرستان موظفند اطلاعات اضطراری را در صورت هرگونه تغییر اپدیت/به‌روز کنند.

**مخاطبان اضطراری: (حد اقل دو نفر نیاز است)**

نام	قرابت/نسبت	شماره تلفون خانه	شماره تلفون شخصی

**والدین/سرپرست باید یکی از موارد زیر را انتخاب کنند:**

1. در مواقع اضطراری (ایمرجنسی)، در صورتی که والدین یا سرپرست در دسترس نباشند، به کارمندان مکتب اجازه می‌دهم تا برای فرزندم بر اساس صلاحدید خود، مراقبت‌های صحی/شفاخانه، از جمله حمل و نقل (ترانسپورت) لازم را ترتیب دهند. به داکتر فوق‌الذکر اجازه می‌دهم مراقبت و تداوی لازم را انجام دهد. در صورتی که داکتر مذکور در دسترس نباشد، اجازه می‌دهم چنین مراقبت و تداوی توسط داکتر یا جراح دارای مجوز صورت گیرد. با پرداخت تمامی مصارف ناشی از موارد فوق موافق هستم.

2. با متن فوق موافق نیستم و در صورت وقوع وضعیت اضطراری، می‌خواهم اقدامات زیر اتخاذ شود:

نام داکتر: \_\_\_\_\_ تلفون: \_\_\_\_\_  
 بیمه صحی \_\_\_\_\_ نمبر شناسایی (ID#) \_\_\_\_\_  
 چشم (VISION): عینک می‌زند  لنز استفاده می‌کند  همیشه باید استفاده کند  به چوکی نزدیک به تخته نیاز دارد تاریخ آخرین معاینه چشم \_\_\_\_\_  
 شنوایی (HEARING): مشکل شنوایی دارد  لوله (تیوب) در گوش دارد  از آله شنوایی استفاده می‌کند  به چوکی نزدیک به تخته نیاز دارد  
 سلامت عمومی (GENERAL HEALTH): 1. مریضی‌های ذیل را دارد  نفس‌تنگی (آسم)  صرع/مرگی  ضعف/غش  دیابت/شکر  بیش‌فعالی (ADHD) تکلیف قلبی  آنیم‌سری/مایگرن  حساسیت/الرژی \_\_\_\_\_ حساسیت به نیش زنبور (توضیح دهید): \_\_\_\_\_  
 سایر موارد  \_\_\_\_\_  
 2. لیست دواهای تجویز شده: \_\_\_\_\_ دوز فعلی: \_\_\_\_\_  
 برای (مریضی) \_\_\_\_\_ توسط داکتر \_\_\_\_\_ شماره تلفون \_\_\_\_\_  
 3. آیا مشکل جسمی خاصی دارد که اشتراک او را در برنامه محدود کند؟  نخیر  بلی (توضیح دهید) \_\_\_\_\_  
 4. آیا نیازمندی خاصی دارد؟  نخیر  بلی (توضیح دهید) \_\_\_\_\_

"مجوز انتشار معلومات صحی فرزندم را صادر می‌کنم: ۱. توسط حوزه تعلیمی و ارائه‌دهنده خدمات به نماینده صورت‌حساب و ۲. توسط حوزه تعلیمی به شرکت بیمه‌ام در صورت لزوم برای طی مراحل دعوی یا درخواست پرداخت مزایای کمک‌های صحی. اطلاعات شریک شده، فقط به ثبت اسناد خدمات صحی محدود خواهد شد."

امضای والدین/سرپرست \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_  
 نام مکمل خود را بنویسید \_\_\_\_\_ قرابت \_\_\_\_\_