



**San Juan Unified School District**  
**Программа продленного дня Bridges**  
**Заявление на зачисление 2025–26**



Russian

<b>Посещаемая школа</b>	Школа:				
<b>Имя ученика</b>	Фамилия:		Имя:		
<b>Адрес ученика</b>	Улица	Город	Штат	Индекс	
<b>Дата рождения</b>	<b>Пол:</b>		Мужской	Женский	Небинарный
<b>Класс/Учитель</b>					
<b>Двуязычный(ая)</b>	Да	Нет	Родной язык:		
Родитель/Опекун:	Отношение:				
Телефон:	Электронная почта:				
Родитель/Опекун:	Отношение:				
Телефон:	Электронная почта:				
Зачислены ли брат/сестра ученика на Bridges? Да Нет Имя брата/сестры и школа:					

**ПРИОРИТЕТНАЯ РЕГИСТРАЦИЯ:** Приоритет будет отдан ученикам, которые соответствуют требованиям Закона Мак-Кинни-Венто о помощи бездомным, приемной молодежи, изучающим английский язык и ученикам, имеющим право на бесплатное или льготное питание. Если ваш ученик соответствует требованиям какой-либо из этих групп, пожалуйста, отметьте здесь:

**УЧАСТИЕ:** Bridges After-School открыт для всех учеников, которые хотели бы принять участие, и предлагается по принципу «первым пришел, первым обслужен» после применения приоритета. Участие в программе требует соблюдения всех политик и руководств, описанных ниже. Родители/опекуны должны посетить родительскую ориентацию в начале учебного года.

**ПОСЕЩАЕМОСТЬ:** Программа действует не менее 3 часов и до 6:00 PM. Если учащийся отсутствует, родители должны уведомить об этом персонал программы Bridges в дополнение к традиционному школьному персоналу. Накопление 10 пропусков без уважительной причины может считаться чрезмерным. Учащиеся могут быть забраны досрочно только в соответствии с Bridges After-School Early Release Policy.

**ОСВОБОЖДЕНИЕ УЧЕНИКОВ:** Учеников необходимо забирать после окончания программы Bridges After-School немедленно. Если ученика не забрали, то персонал программы будет звонить родителям/опекунам или указанным контактными лицам. Ученик может быть исключен из программы, если родители не заберут его/ее вовремя три раза по окончании занятий Bridges After-School.

**ПОВЕДЕНИЕ УЧЕНИКОВ:** Все ученики должны выполнять правила округа San Juan и дополнительные правила программы Bridges After-School. **Грубое, неуважительное поведение по отношению к другим ученикам, или сотрудникам или поведение, которое создает проблемы с безопасностью, является причиной увольнения.** Сотрудники программы Bridges After-School сообщат вам и попросят вашей помощи, если будут проблемы с поведением ученика. Мы поощряем родителей/опекунов обсудить поведение ученика с координатором программы Bridges After-School. **\*ПЕРСОНАЛ ПРОГРАММЫ BRIDGES AFTER-SCHOOL НЕ ПОЗВОЛИТ НАСИЛИЯ, УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ, РАСОВЫХ УНИЖЕНИЙ, СЕКСУАЛЬНЫХ ДОМОГАТЕЛЬСТВ, НЕПРАВИЛЬНЫХ ПРИКАСАНИЙ ИЛИ ЛИЧНЫХ ОБРАЩЕНИЙ ПО ОТНОШЕНИЮ К ДРУГИМ. В СЛУЧАЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОДНОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИТУАЦИЙ, СРАЗУ БУДУТ ПРИНЯТЫ ДИСЦИПЛИНАРНЫЕ НАКАЗАНИЯ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ИСКЛЮЧЕНИЕМ ИЗ ПРОГРАММЫ.**

Я прочитал/ла и понимаю всю информацию. Я соглашаюсь с условиями и правилами программы Bridges After-School и помогу моему ребёнку соблюдать их.

Финансирование программы Bridges After-School требует сбора и отчёта статистической информации об участвующих в программе учениках. Информация обрабатывается конфиденциально и только в общей форме, не на индивидуальном уровне. Ваше имя, имя ребёнка или другая частная информация будет анонимна, и не будет издаваться ни в каком виде.

Подписав форму для зачисления на программу Bridges After-School, я понимаю содержание документа и даю согласие для сбора и отчёта статистической информации.

**Родитель/Опекун Подпись:** \_\_\_\_\_ **Дата:** \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_



Russian

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



Полное Имя Ребёнка \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_

Дом. Телефон \_\_\_\_\_ Моб. Телефон \_\_\_\_\_ Другие номера телефонов \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_ Ребёнок проживает с: \_\_\_\_\_

Родитель/Опекун \_\_\_\_\_ Отношение \_\_\_\_\_

Работодатель \_\_\_\_\_ Бизнес Телефон \_\_\_\_\_

Родитель/Опекун \_\_\_\_\_ Отношение \_\_\_\_\_

Работодатель \_\_\_\_\_ Бизнес Телефон \_\_\_\_\_

**Информация на непредвиденный случай:** Ученик может уйти из программы только с подписью родителя/опекуна или личности, указанной ниже. Если ваш ребёнок имеет непредвиденную ситуацию и нет возможности дозвониться к родителю/опекуну, указанные лица могут забрать ребёнка из программы, но они должны быть не младше 16 лет. Родители/Опекуны должны сообщать информацию о любых изменениях в школу.

**КОНТАКТЫ НА НЕПРЕДВИДЕННЫЙ СЛУЧАЙ:** (необходимо два контактных # телефона)

ИМЯ	ОТНОШЕНИЕ	ДОМ. ТЕЛЕФОН	МОБ. ТЕЛЕФОН

**Родители/Опекуны должны отметить один вариант**

1. В непредвиденном случае, когда нельзя связаться с родителями/опекунами, я разрешаю школьному персоналу сделать всё необходимое чтобы мой ребёнок получил медицинскую помощь, включая транспортировку по их усмотрению. Я уполномочиваю врача оказать всю необходимую помощь. В случае когда врач недоступен, я разрешаю любому дипломированному врачу оказать всю необходимую помощь. Я обязуюсь оплатить все связанные с этим расходы.

2. Я не выбираю вышеуказанное действие и прошу, чтобы при непредвиденном случае было сделано следующее:

Имя Врача: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Медицинская страховка: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

**ЗРЕНИЕ:**  носит очки  носит линзы  нужно носить постоянно  требуется особое место в классе Дата последн. осмотра \_\_\_\_\_

**СЛУХ:**  проблемы со слухом  трубки в ушах  слуховой аппарат  требуется особое место в классе

**ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ: 1.** Состояние здоровья:  астма  эпилепсия  обмороки  диабет  гиперреактивность (ADHD)  мигрень

Проблемы с сердцем  аллергии \_\_\_\_\_ аллергия на укусы пчелы (опишите): \_\_\_\_\_  другие \_\_\_\_\_

2. Прописанные лекарства: \_\_\_\_\_ Доза: \_\_\_\_\_

Для (диагноз) \_\_\_\_\_ Прописано врачом. \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

3. Состояние здоровья, ограничивающее участие в школе  нет  да (объясните): \_\_\_\_\_

4. Особые нужды  нет  да (объясните): \_\_\_\_\_

“Я разрешаю передачу медицинской информации моего ребёнка 1. Медицинским учреждениям и страховому агенту, и 2. Моему страховому агенту, как необходимо для процесса оплаты счёта или передачи в Medical Assistance Benefits для оплаты. Передаваемая информация будет ограничена только медицинской документацией.”

Родитель/Опекун Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Имя печатными \_\_\_\_\_ Отношение \_\_\_\_\_