



**San Juan Unified School District
Bridges After-School Program
Solicitud de Inscripción 2025-26**



Asistencia a la Escuela	Escuela:			
Nombre del estudiante	Apellido:		Nombre:	
Dirección del estudiante	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de Nacimiento		Género	Masculino	Femenino No-Binario
Grado/Maestro				
Bilingüe	Si	No	Idiomas hablados:	
Padre/Tutor:			Relación:	
Teléfono:			Correo electrónico:	
Padre/Tutor:			Relación:	
Teléfono:			Correo electrónico:	
¿Hermano de un estudiante actual de Bridges? Si No Nombre del hermano y escuela:				

INSCRIPCIÓN PRIORITARIA: Se dará prioridad a los estudiantes que cumplan con los requisitos de la Ley McKinney-Vento de Asistencia para Personas sin Hogar, jóvenes en hogares de acogida, estudiantes de inglés como segundo idioma y estudiantes elegibles para comidas gratuitas o a precio reducido. Si su estudiante cumple con los requisitos para alguno de los grupos prioritarios, marque aquí:

PARTICIPACIÓN: El programa extraescolar Bridges está abierto a todos los estudiantes que deseen participar y se ofrece por orden de llegada, una vez que se aplica la prioridad. La participación en el programa requiere el cumplimiento de todas las políticas y directrices que se describen a continuación. Los padres/tutores deben asistir a una orientación para padres al inicio del año escolar.

ASISTENCIA: El programa opera desde el final de la jornada escolar hasta al menos las 6:00 PM. Si un estudiante esta ausente, los padres deben notificar al personal del programa Bridges, además del personal de la jornada escolar habitual. Una acumulación de 10 ausencias injustificadas puede considerarse excesiva. Se puede recoger a los estudiantes antes del final del programa, de acuerdo con la Política de Salida Temprana de Bridges After-School.

RECOGER A LOS ALUMNOS: Los estudiantes deben ser llegados a traer puntualmente al final de Bridges After-School diariamente. Si un estudiante no ha sido recogido al final del programa, el personal de Bridges se pondrá en contacto con los padres/tutores y las personas designadas como contactos de emergencia. Bridges After-School puede dar de baja a un estudiante del programa después de 3 recogidas tardías.

COMPORTAMIENTO ESTUDIANTIL: Todos los estudiantes deben seguir el reglamento escolar del Distrito Escolar Unificado de San Juan y cualquier política adicional del Programa Extraescolar Bridges. **El comportamiento disruptivo, la falta de respeto hacia otros estudiantes o el personal, o cualquier comportamiento que genere un riesgo de seguridad, es motivo de expulsión.** El personal del Programa Extraescolar Bridges notificará o involucrará a los padres/tutores en las intervenciones conductuales que se lleven a cabo. Se anima a los padres/tutores a que hablen sobre cualquier inquietud relacionada con cualquier comportamiento con el facilitador del Programa Extraescolar Bridges. ***EL PROGRAMA EXTRAESCOLARES BRIDGES NO TOLERARÁ LA VIOLENCIA, LAS DROGAS, LOS INSULTOS RACIALES, EL ACOSO SEXUAL, LOS TOQUES INADECUADOS NI LOS MALTRATOS PERSONALES HACIA OTROS. SI ALGUNO DE ESTOS INCIDENTES OCURRE, SE TOMARÁN MEDIDAS DISCIPLINARIAS INMEDIATAS QUE PODRÍAN RESULTAR EN LA EXPULSIÓN DEL PROGRAMA.**

He leído y comprendido toda la información anterior. Al firmar este documento, acepto cumplir con todas las Políticas y Directrices del Programa Extraescolar Bridges y ayudar a mi hijo/a a comprender y seguir las directrices del programa.

La financiación del programa Extraescolar Bridges exige la recopilación y el informe de información estadística de los estudiantes participantes. Los evaluadores mantienen la confidencialidad de la información y no se informa sobre ningún niño/a en particular. Los nombres de los padres, los estudiantes y toda la información de identificación se mantendrán anónimos y no aparecerán en ningún informe impreso del estudio.

Al firmar la Solicitud de Inscripción del Programa Extraescolar Bridges, acuso recibo de este documento y acepto y doy mi consentimiento para la recopilación y el informe confidencial de información estadística.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

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 _____



**Distrito Escolar de San Juan
Programa Bridges After-School
Información de Emergencia 2025-26**



Spanish

Nombre Completo de Niño _____ Fecha de Nacimiento _____

Teléfono de Casa _____ Celular _____ Otro Teléfono _____

Domicilio _____ Niño vive con: _____

Padre/Tutor _____ Relación _____

Empleador _____ Teléfono de empleo _____

Padre/Tutor _____ Relación _____

Empleador _____ Teléfono de empleo _____

Información de emergencia: Estudiantes solo salen del programa con la firma de padre/tutor o la de un individuo designado abajo. Si su niño está enfermo o tiene una emergencia y no se puede localizar un padre/tutor, se puede autorizar que su niño se vaya con una persona designada como contacto de emergencia. Contactos de emergencia deben ser de 16 años o mayor. Se requiere que *padres/tutores actualicen la información de emergencia cuando cambios ocurren.*

CONTACTOS DE EMERGENCIA: *(se requiere un mínimo de dos)*

<i>NOMBRE</i>	<i>RELACIÓN</i>	<i>TELÉFONO de CASA</i>	<i># CELULAR</i>

Padre/Tutor Debe Marcar Uno

1. En caso de una emergencia, cuando un padre o tutor no está disponible, autorizo al personal escolar de hacer arreglos para que mi hijo reciba cuidado médico/hospital, incluyendo transporte necesario, según su mejor criterio. Autorizo al médico nombrado abajo de tomar el cuidado y tratamiento que se considerada necesario. En el evento que dicho médico no está disponible, autorizo que tal cuidado y tratamiento sea realizado por y médico o cirujano con licencia. Acepto pagar todo costo que resulte de lo dicho.

2. No opto por la declaración de arriba y deseo la siguiente acción en caso de una emergencia:

Nombre de Médico: _____ Teléfono: _____

Cobertura Médica: _____ ID#: _____

VISIÓN: usa lentes usa contactos debe usarlos siempre requiere asiento preferencial Fecha de último examen de vista _____

AUDICIÓN: problemas de oír tubos en oídos usa aparato para oír requiere asiento preferencial

SALUD GENERAL: 1. Tiene la siguiente condición(es): asma epilepsia desmayos diabetes hiperactivo (ADHD) migrañas

condición cardíaca alergias _____ reacción a picadura de abeja (describa): _____ Otro _____

2. Anote medicina recetada: _____ Dosis Actual: _____

Para (diagnos) _____ Recetada por Dr. _____ Teléfono _____

3. Tiene condición física que limita su participación no sí (explique): _____

4. Tiene Necesidad Especial no sí (explique): _____

“Autorizo la divulgación de información médica de mi niño 1. por el distrito escolar y el proveedor de servicios al agente de cobro y 2. por el distrito escolar a mi compañía de seguro médico a como sea necesario para procesar reclamaciones o para pedir reembolso de los Beneficios de Asistencia Médica. Dicha información se limitará a solo documentación de servicio de salud.”

Firma de Padre/Tutor _____ Fecha _____

Nombre en letra de molde _____ Relación _____