



San Juan Unified School District
Bridges After-School Program
Application for Enrollment 2026-27
مديرية تربية سان خوان
برنامج ما بعد المدرسة (Bridges) رة



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 الأول / First:	
رقم الهاتف / Phone:		الاسم الأخير / Last:	
ولي الأمر / الوصي / Parent/ Guardian:		الاسم الأول / First:	
رقم الهاتف / Phone:		الاسم الأخير / Last:	
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)، و متعلمي 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 يوميا. 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 سان خوان 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، التعرض 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 و فهم جميع المعلومات الواردة أعلاه، وبتوقيعي على هذه الوثيقة، وأوافق على اتباع جميع سياسات وتوجيهات برنامج ال Bridges ما بعد المدرسة و مساعدة طفلي الطالب على فهم واتباع توجيهات برنامج ال Bridges ما بعد المدرسة.

تمويل برنامج ال Bridges ما بعد المدرسة يقتضي بجمع و الإبلاغ عن المعلومات الإحصائية للطلبة المشاركين. يعمل المقيّمون على الحفاظ على سرية المعلومات و عدم الإبلاغ عن أي معلومات عن أي طفل. وستبقى أسماء أولياء الأمور و الطلبة 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 2026-27



_____ Child's Full Name/ اسم الماكمل للطفل _____
 _____ Birth Date / تاريخ ميلاد _____
 _____ Home Phone/ رقم هاتف المنزل _____
 _____ Cell Phone/ رقم الهاتف الخليوي _____
 _____ Other Phone / رقم هاتف آخر _____
 _____ Address/ عنواننا _____
 _____ Child Resides With/ يسكن مع طفلنا _____
 _____ Relationship/ علاقة بنا _____
 _____ Parent/ Guardian/ و ام / مر / وص _____
 _____ Business Phone / رقم هاتف العمل _____
 _____ Employer/ رب العمل _____
 _____ Relationship/ علاقة بنا _____
 _____ Parent/ Guardian/ و ام / مر / وص _____
 _____ Business Phone / رقم هاتف العمل _____
 _____ Employer/ رب العمل _____

معلومات الطوارئ: سيتم السماح للطلبة بالانصراف من البرنامج فقط عند توقيع ولي الأمر/ الوصي أو من الذين تم تعيينهم بالأسفل أدناه. إذا كان طفلك مريضاً أو لديه حالة طارئة ولا يمكن الاتصال بولي الأمر/ الوصي، فمن الممكن السماح لطفلك بالانصراف 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 إليهم، فأني أفوض 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:

اسم الطبيب: _____ الهاتف: _____
 التأمين الصحي: _____ رقم هوية 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 أعماء مرض السكري اضطراب نقص الإتيباه مع فرط النشاط (ADHD) الشقيقة؛ الصداع التّصفيّ أمراض القلب حساسية _____ ردة فعل تحسسية تجاه لسعات النحل (أوصف): _____ أخرى _____

٢. أدّرج الأدوية أو العلاجات الموصوفة بوصفّة طبيّة: _____ الجرعة الحالية: _____
 لغرض (التشخيص): _____ تم وصفها من قبل الطبيب: _____ رقم الهاتف: _____
 ٣. لديه مشاكل عضلية التي تحد وتحد من المشاركة كلا نعم (وضح): _____
 ٤. ذوي احتياجات خاصة كلا 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."

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