

				اطلاعات در باره مکتب (School Attending)	
نام (F/Name):				تخلص (L/Name):	
Street Address آدرس سرک/خیابان		City شهر	State ایالت	Zip کد پستی	
(F) زن (Non-Binary) غیر باینری		(M) مرد (Gender) جنسیت			
تاریخ تولد (DOB)					
صنف/معلم (Grade/Teacher)					
دو زبانه (Bilingual)					
والدین/ سرپرست:					
تلفن:					
والدین/ سرپرست:					
تلفن:					
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 بی خانمان های مک کینی-ونتو، جوانان تحت سرپرستی، شاگردان دوزبانه (یا زبان آموزان انگلیسی) و شاگردان واجد شرایط وعده های غذایی رایگان یا با قیمت کاهش یافته قرار می گیرند. اگر شاگردان واجد شرایط هر یک از گروه های دارای اولویت است، لطفاً اینجا را علامت بزنید: ☐

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

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

تسليم 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، کارمند بریجز با والدین/ سرپرست و افراد که در تماس های حالات اضطرار قرار دارند تماس خواهند گرفت. برنامه بریجز می تواند 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 پالیسی های 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 رفتار ها کارمندان بریجز والدین و سرپرستان را در جریان قرار خواهد داد. والدین و سرپرستان توصیه می گردند تا در رابطه با اینگونه رفتار ها با کارمندان بریجز صحبت نمایند. * برنامه بعد از مکتب بریجز موارد خشونت، استفاده از مواد مخدر، تبعیض نژادی، آزار و اذیت جنسی، تماس های نا مناسب، و تحقیر دیگران را غیر قابل تحمل می داند. 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 می زند از برنامه اخراج شود.

من معلومات فوق را خوانده ام و درک کرده ام. با امضا نمودن این سند، من موافقت می نمایم که تمام پالیسی ها و رهنمود های بریجز را رعایت کنم و به شاگرد خود کمک می کنم تا این رهنمود ها را درک و از آن پیروی کند.

بودجه برنامه بریجز مستلزم آن است که معلومات آماری برای اشتراک شاگردان جمع آوری و گزارش می شوند. افراد ارزیابی کننده این معلومات را محرم حفظ می نمایند و معلومات هیچ یک از شاگردان را گزارش نمی کند. 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 می نمایم، و با جمع آوری و گزارش محرمانه اطلاعات آماری موافقت می نمایم.

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 27-2026 (Emergency Information 2026-27)



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 صبحی/شفابخانه، 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 صبحی _____ 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 دکتر _____ شماره تلفون _____

3. آیا مشکل جسمی خاصی دارد که اشتراک او را در برنامه محدود کند؟ ☐ خیر ☐ بلی (توضیح دهید) _____

4. آیا نیازمندی خاصی دارد؟ ☐ خیر ☐ بلی (توضیح دهید) _____

"مجوز انتشار معلومات صبحی 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 صبحی. اطلاعات شریک شده، فقط به ثبت اسناد خدمات صبحی محدود خواهد شد."

امضای والدین/سرپرست _____ تاریخ _____

نام مکمل خود را بنویسید _____ قرابت _____

White copy for site, yellow copy for office, pink copy for parent