



San Juan Unified School District
Программа продленного дня Bridges
Заявление на зачисление 2026-27



Russian

Посещаемая школа	Школа:				
Имя ученика	Фамилия:		Имя:		
Адрес ученика	Улица	Город	Штат	Индекс	
Дата рождения	Пол:		Мужской	Женский	Небинарный
Класс/Учитель					
Двуязычный(ая)	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 2026-27



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 _____