



**San Juan Unified School District
Bridges After-School Program
Заява про зарахування 2026-27**



Ukrainian

| | | | |
|--|----------------|-------------------------------------|--|
| Школа відвідування | Школа: | | |
| Ім'я дитини | Прізвище: | Ім'я: | |
| Адреса дитини | Street Address | City | State Zip |
| Дата народження | | Стать | <input type="checkbox"/> Хлопець <input type="checkbox"/> Дівчина <input type="checkbox"/> Не бінарний |
| Клас/Вчитель | | | |
| Іншомовний | Так Ні | Рідна мова: | |
| Батьки/опікуни: | Відношення: | | |
| Телефон: | E-mail: | | |
| Батьки/опікуни: | Відношення: | | |
| Телефон: | E-mail: | | |
| Брат чи сестра поточного учня Bridges? | Так Ні | Ім'я рідного брата/сестри та школа: | |

ПРІОРИТЕТНЕ ЗАРАХУВАННЯ: Пріоритет буде відданий учням, які перебувають на програмі, відповідно до закону про допомогу бездомним McKinney-Vento, прийомним дітям, учням, які вивчають англійську мову, а також учням, які мають право на безкоштовне харчування або харчування за зниженою ціною. Якщо ваш учень відповідає вимогам будь-якої з пріоритетних груп, відмітьте тут:

УЧАСТЬ: Bridges After-School відкрита для всіх учнів, які хотіли б брати участь, та пропонується у порядку черги з урахуванням пріоритетів. Участь у програмі вимагає дотримання всіх правил та рекомендацій, описаних нижче. Батьки/опікуни зобов'язані бути присутніми на ознайомлювальному заході для батьків, який відбудеться на початку навчального року.

ВІДВІДУВАННЯ: Програма працює з кінця навчального дня щонайменше до 6:00 вечора. Якщо учня немає, батьки повинні повідомити працівників програми Bridges на додаток як і шкільному персоналу. 10 перепусток без поважної причини можуть вважатися надмірними. Учні можуть бути забрані до закінчення програми тільки відповідно до правил про дострокове залишення занять Bridges після школи.

ЗВІЛЬНЕННЯ УЧНІВ: Учні необхідно забирати після закінчення програми Bridges After-School вчасно. Якщо учня не забрали, то персонал програми буде телефонувати батькам / опікунам або вказаним особам у контактах. Учень може бути виключений з програми, якщо батьки не заберуть його / її вчасно три рази по закінченню занять Bridges After-School.

ДИСЦИПЛІНА: Всі учні повинні виконувати правила округу San Juan і додаткові правила програми Bridges After-School. **Груба, неповажна поведінка по відношенню до інших учнів, послужить причиною до виключення учня з програми.** Працівники програми Bridges After-School повідомлять вам і попросять вашої допомоги якщо будуть проблеми з поведінкою учня. Ми заохочуємо батьків / опікунів обговорити поведінку учня з координатором програми Bridges After-School Site.

***ПЕРСОНАЛ ПРОГРАМИ BRIDGES AFTER-SCHOOL НЕ ДОЗВОЛИТЬ НАСИЛЬСТВА, ВЖИВАННЯ НАРКОТИКІВ, РАСОВОГО ПРИНИЖЕННЯ, СЕКСУАЛЬНЕ ПРИНИЖЕННЯ, І НІЯКИХ ПРИНИЖЕНЬ ПО ВІДНОШЕННЮ ДО ІНШИХ. У РАЗІ ВИНИКНЕННЯ ОДНІЄЇ З ПЕРЕРАХОВАНИХ СИТУАЦІЙ, ВІДРАЗУ БУДУТЬ ПРИЙНЯТІ ДИСЦИПЛІНАРНІ ПОКАРАННЯ З НАСТУПНИМ ВИКЛЮЧЕННЯМ З ПРОГРАМИ.**

Я прочитав / ла і зрозумів усю інформацію. Я погоджуюся з умовами і правилами програми Bridges After-School і допоможу моїй дитині дотримуватися цих постанов.

По умовам фінансування програми ми повинні збирати і повідомляти статистичну інформацію про учнів на програмі. Оцінювачі дотримуються практики анонімності, тому ніяка інформація про конкретних дітей не повідомляється. Ім'я та прізвище батьків, студентів, інші ідентифікаційні дані, будуть зберігатися анонімно і не будуть розголошені в будь-якому надрукованому звіті у рамках досліджень.

Підписуючи цю форму для зарахування на програму Bridges After-School, я зрозумів зміст цього документа і даю згоду збирати і повідомляти статистичну інформацію.

Підпис батьків/опікунів: _____ 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 ___/___/___

Initials _____

White copy for site, Yellow copy for office, Pink copy for parent



**San Juan Unified School District
Bridges After-School Program
Інформація на непередбачений випадок 2026-27**



Повне ім'я дитини _____ Дата народження _____

Дом. телефон _____ Мобільний тел. _____ Інший телефон _____

Адреса _____ Дитина мешкає із: _____

Батьки/опікуни _____ Відношення _____

Працедавець _____ Робочий телефон _____

Батьки/опікуни _____ Відношення _____

Працедавець _____ Робочий телефон _____

Інформація на непередбачений випадок: Учень може піти з занять тільки з дозволу батьків або письмової згоди з підписом батька / опікуна чи особи, вказаної нижче. Якщо ваша дитина потрапила в непередбачену ситуацію і немає можливості додзвонитися до батьків / опікунів, вказані люди зможуть забрати дитину з програми, але вони повинні бути не молодше 16 років. *Батьки / Опікуни повинні повідомляти інформацію про будь-які зміни до школи..*

КОНТАКТИ НА НЕПЕРЕДБАЧЕНИЙ ВИПАДОК: (як мінімум дві особи)

| ІМ'Я | СІМЕЙНЕ ВІДНОШЕННЯ | ДОМ. ТЕЛЕФОН | МОБ. ТЕЛЕФОН |
|-------------|---------------------------|---------------------|---------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Батьки/опікуни повинні позначити наступне

1. У непередбаченій разі, коли не можна зв'язатися з батьками / опікунами, я дозволяю шкільного персоналу зробити все необхідне щоб моя дитина отримала медичну допомогу, включаючи транспортування на їх розсуд. Я уповноважую лікаря надати всю необхідну допомогу. У випадку коли лікар недоступний, я дозволяю іншому дипломованому лікарю надати всю необхідну допомогу. Я зобов'язуюся оплатити всі пов'язані з цим витрати.

2. Я не вибираю вищевказані умови і прошу, щоб при непередбаченій випадку було зроблено наступне:

Ім'я лікаря: _____ Телефон: _____

Медична страховка: _____ ID#: _____

ЗІР: носить окуляри носить лінзи повинні бути на учневі увесь час потребує спеціальне розміщення у класі

Дата останньої перевірки _____

СЛУХ: має проблеми із слухом має слухову трубку має слуховий апарат потребує спеціальне розміщення у класі

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: 1. Стан здоров'я: астма епілепсія непритомність діабет гіперактивність (ADHD) мігрені

захворювання серця алергії _____ алергічна реакція на укуси бджіл (опишіть): _____ Інше _____

2. Ліки які приймає: _____ Теперішня доза: _____

Від (діагноз) _____ Прописано лікарем. _____ Телефон _____

3. Стан здоров'я, що обмежує участь у школі ні так (поясніть): _____

4. Має особі потреби ні так (поясніть): _____

“Я дозволяю надання медичної інформації моєї дитини і Медичним працівникам округу та страховому агенту, і 2. Округу моему страховому агенту, як необхідно для процесу оплати рахунку або передачі в офіс MediCal для оплати. Передана інформація буде обмежена тільки медичною документацією.”

Підпис батьків/опікунів _____ Дата _____

Ім'я друком _____ Відношення _____