San Juan Unified School District

San Juan Unified School District
برنامه فرصت های یادگیری گسترده/YMCA
درخواست شمولیت برای سال تعلیمی 27-2026

the Y FOR YOUTH DEVELOPMENT® FOR HEALTHY LIVING

Farsi/Dari

اطلاعات در باره مکتب (School Attending)	دیل پاسو منور (**Del Paso Manor**)		
اسم کودک (Child's Name)	تخلص (L/Name):	نام (F/Name):	
آدرس کودک (Child's Address)	Zip کد پستی	State ایالت	City شهر	Street Address آدرس سرک/خیابان
تاریخ تولد (DOB)			
جنسیت (Gender)	مرد (M)	زن (F)	غیر باینری (**Non-Binary**)
صنف/معلم (Grade/Teacher)			
دو زبانه (Bilingual)	بلی(Y)	نخیر (N)	زبان‌هایی که صحبت می‌کند (Languages Spoken)
برنامه	قبل از مکتب (YMCA)	_____ شاگرد فعلی برنامه بعد از مکتب بریجز در مکتب دل پاسو مانور	
والدین/ سرپرست:	قرابت:		
تلفن:	ایمیل:		
والدین/ سرپرست:	قرابت:		
تلفن:	ایمیل:		
خواهر/برادر شاگرد فعلی برنامه بعد از مکتب بریجز یا YMCA؟ بله نه	نام و مکتب خواهر/برادر		

اولویت ثبت‌نام: اولویت با شاگردانی است که تحت قانون کمک به بی‌خانمان‌های مک‌کینی-ونتو، جوانان تحت سرپرستی، شاگردان دوزبانه (یا زبان‌آموزان انگلیسی) و شاگردان واجد شرایط وعده‌های غذایی رایگان یا با قیمت کاهش‌یافته قرار می گیرند. اگر شاگردتان واجد شرایط هر یک از گروه های دارای اولویت است، لطفاً اینجا را علامت بزنید: ☐

اشتراک: برنامه فرصت های یادگیری گسترده (**ELO-P**) 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 رهنمایی 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 **ELO-P** را درجریان قرار دهد، مزید بر کارمند عادی مکتب. ۱۰ روز غیرحاضری بدون دلیل می تواند بیش از حد تلقی شود وشمولیت شاگرد در برنامه ممکن لغو گردد. شاگردان را فقط می توان در صورتی که مطابق با پالیسی رخصتی زودهنگام **ELO-P** باشد قبل از پایان برنامه تسلیمی (**Pick-up**) گرفت.

تسلیم شدن شاگرد (Student Pick-Up): والدین باید شاگردان خود را پس پایان برنامه **ELO-P** تسلیم شوند. اگر یک شاگرد الی اخیر برنامه تسلیم گرفته نشود، کارمند **ELO-P** با والدین/ سرپرست وافراد که در تماس های حالات اضطرار قرار دارند تماس خواهند گرفت. برنامه **ELO-P** 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 وسایر پالیسی های ELO-P پیروی نمایند. **هرگونه رفتار نادرست، ورفتار به دور از احترام در برابر سایر شاگردان یا کارمندان یا برخورد های های که سبب ایجاد یک نگرانی گردد غیرقابل قبول اند واخراج شاگرد را در پی خواهد داشت.** در صورتی وقوع همچو رفتار ها کارمندان ELO-P والدین و سرپرستان را در جریان قرار خواهد داد. والدین وسرپرستان توصیه می گردند تا در رابطه با اینگونه رفتار ها با کارمندان ELO-P صحبت نمایند. *** برنامه فرصت های یادگیری گسترده 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 انظباطی خواهیم کرد واین سبب خواهد شد که فردی که دست به چنین عمل می زند از برنامه اخراج شود.**

من معلومات فوق را خوانده ام ودرک کرده ام. با امضا نمودن این سند، من موافقت می نمایم که تمام پالیسی ها ورهنمود های ELO-P را رعایت کنم وبه شاگرد خود کمک می کنم تا این رهنمود ها را درک واز آن پیروی کند.

بودجه برنامه ELO-P مستلزم آن است که معلومات آماری برای اشتراک شاگردان جمع آوری وگزارش می شوند. افراد ارزیابی کننده این معلومات را محرم حفظ می نمایند ومعلومات هیچ یک از شاگردان را گزارش نمی کند. اسم والدین، شاگردان وتمام معلومات شناسایی محرم باقی خواهند ماند ودر هیچ گزارش چاپی برای مطالعه ظاهر نخواهد شد.

با امضا درخواست نامه ELO-P برای شمولیت، من دریافت این سند را تصدیق می نمایم، وبا جمع آوری وگزارش محرمانه اطلاعات آماری موافقت می نمایم.

امضای والدین/ سرپرست: _____ تاریخ: _____

BRIDGES STAFF USE ONLY

Returning ELO-P 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
برنامه فرصت‌های یادگیری گسترده/ YMCA
معلومات مواقع اضطراری **26-2027**

نام مکمل شاگرد _____ تاریخ تولد _____

شماره تلیفون خانه _____ شماره تیلفون شخصی _____ شماره دیگر _____

آدرس _____

والدین/سرپرست _____ قرابت _____

کارفرما _____ شماره تلیفون رسمی _____

والدین/سرپرست _____ قرابت _____

کارفرما _____ نمبر تلیفون 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 تلیفون خانه	شماره تلیفون شخصی

والدین/سرپرست باید یکی از موارد زیر را انتخاب کنند:

O 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 صحی/شفاخانه، 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.

O 2. با متن فوق موافق نیستم و در صورت وقوع وضعیت اضطراری، می‌خواهم اقدامات زیر اتخاذ شود:

نام داکتر: _____ تلیفون: _____

بیمه صحی _____ 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 ☐بیش فعالی (ADHD) تکلیف قلبی ☐نیم‌سری/مایگرن ☐حساسیت/الرژی _____ حساسیت به نیش زنبور (توضیح دهید): _____

☐سایر موارد _____

2. لیست دواهای تجویزشده: _____ دوز فعلی: _____
برای (مریضی) _____ توسط دکتر _____ .شماره تلیفون _____

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

"مجوز انتشار معلومات صحی 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 صحی. اطلاعات شریک شده، فقط به ثبت اسناد خدمات صحی 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