



San Juan Unified School District
Програма розширених можливостей навчання / YMCA
Заява на зарахування 2026-27

Ukrainian



Школа відвідування	Школа:		
Ім'я дитини	Прізвище:	Ім'я:	
Адреса дитини	Street Address	City	State Zip
Дата народження		Стать	☐ Хлопець ☐ Дівчина ☐ Не бінарний
Клас/Вчитель			
Іншомовний	Так Ні	Рідна мова:	
Програма	До школи	Після школи	До і після школи
Батьки/опікуни:	Відношення:		
Телефон:	E-mail:		
Батьки/опікуни:	Відношення:		
Телефон:	E-mail:		
Брат чи сестра нинішнього учня YMCA або 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: Програма розширених можливостей навчання 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.

ВІВІДУВАННЯ: Програма навчання не менше 3 годин та працює до 6 годин вечора. Якщо учня немає, батьки повинні повідомити персонал ELO-P на додаток до шкільного персоналу. Накопичення 10 перепусток без поважної причини може вважатися надмірним. Учні можуть бути забрані із занять раніше лише відповідно до правил ELO-P.

ЗВІЛЬНЕННЯ УЧНІВ: Учні необхідно забирати відразу після закінчення занять ELO-P щодня. Якщо учня не заберуть до кінця програми, співробітники ELO-P зв'яжуться з батьками/опікунами та особами, позначеними як контактні особи в екстрених випадках. ELO-P може виключити учня із програми після 3 запізнень.

ДИСЦИПЛІНА: Всі учні повинні виконувати правила округу San Juan і додаткові правила програми ELO-P. **Груба, неповажна поведінка по відношенню до інших учнів, послужить причиною до виключення учня з програми.** Працівники програми ELO-P повідомлять вам і попросять вашої допомоги якщо будуть проблеми з поведінкою учня. Ми заохочуємо батьків / опікунів обговорити поведінку учня з координатором програми ELO-P. *** ПЕРСОНАЛ ПРОГРАМИ THE EXPANDED LEARNING OPPORTUNITIES PROGRAM 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 ELO-P і допоможу моїй дитині дотримуватися цих постанов.

По умовам фінансування програми ELO-P, 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 ELO-P я зрозумів зміст цього документа і даю згоду збирати і повідомляти статистичну інформацію.

Підпис батьків/опікунів: _____ Дата: _____

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 _____

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 _____ Телефон за місцем праці _____

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	ВІДНОШЕННЯ	ДОМ. ТЕЛЕФОН	МОБ. ТЕЛЕФОН

Батьки/опікуни повинні позначити наступне

О 1. У непередбачений 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.

О 2. Я не вибираю вищевказані умови і прошу, щоб при непередбачений 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) ☐ мігрень

☐ 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 1 Медичним працівникам округу та страховому агенту, і 2. Округу моєму 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 _____