San Juan Unified School District
Программа расширенных возможностей обучения / YMCA
Заявление на регистрацию 2026-27

Посещаемая школа	**Del Paso Manor**				
Имя ребенка	Фамилия:		Имя:		
Адрес ребенка	Улица	Город		Штат	Индекс
Дата рождения		**Пол**	Мужской	Женский	Небинарный
Класс/Учитель					
Программа	До школы (YMCA)	_____ Ученик Bridges After School в DPM			
Двуязычный	Да	Нет	Языки общения		
Родитель/Опекун:			Отношение:		
Телефон:		Email:			
Родитель/Опекун:			Отношение:		
Телефон:		Email:			
Зачислены ли брат/сестра ученика на YMCA или 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: Программа расширенных возможностей обучения открыта для всех учеников, желающих принять участие, и предлагается в порядке живой очереди после применения приоритета. Участие в программе требует соблюдения всех политик и руководств, описанных ниже. Родители/опекуны должны посетить ориентацию в начале учебного года.

ПОСЕЩАЕМОСТЬ: Программа действует с конца учебного дня как минимум до 6:00 PM. Если учащийся отсутствует, родители должны уведомить персонал ELO-P в дополнение к традиционному школьному персоналу. Накопление 10 неоправданных отсутствий может считаться чрезмерным. Учащиеся могут быть забраны до окончания времени программы только в соответствии с правилами досрочного освобождения ELO-P.

ПОВЕДЕНИЕ УЧЕНИКА: Все учащиеся должны следовать школьным правилам SJUSD и любым дополнительным правилам ЭЛО-П. **Деструктивное и неуважительное поведение по отношению к другим учащимся или персоналу или поведение, создающее угрозу безопасности, является причиной для исключения.** Персонал ELO-P уведомит и/или привлечет родителей/опекунов к вмешательству поведения, которые происходят. Рекомендуется, чтобы родители/опекуны обсуждали опасения по поводу любого поведения с персоналом ELO-P. *** ПРОГРАММА РАСШИРЕННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОБУЧЕНИЯ НЕ ПОТЕРПИТ НАСИЛИЯ, НАРКОТИКОВ, РАСОВЫХ ОСКОРБЛЕНИЙ, СЕКСУАЛЬНЫХ ДОМОГАТЕЛЬСТВ, НЕУМЕСТНЫХ ПРИКОСНОВЕНИЙ ИЛИ ОСКОРБЛЕНИЙ В ОТНОШЕНИИ ДРУГИХ. ЕСЛИ ЛЮБОЙ ИЗ ЭТИХ ИНЦИДЕНТОВ ПРОИЗОЙДЕТ, НЕМЕДЛЕННО БУДУТ ПРИНЯТЫ ДИСЦИПЛИНАРНЫЕ МЕРЫ, ЧТО МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ПРЕКРАЩЕНИЮ ПРОГРАММЫ.**
Я прочитал (-а) и понял (-а) всю информацию выше. Подписываясь под этим документом, я соглашаюсь соблюдать все правила и рекомендации ELO-P и помогать моему ученику понимать и следовать рекомендациям ELO-P.

Финансирование ELO-P требует, чтобы статистическая информация об участвующих учениках собиралась и сообщалась. Эксперты сохраняют конфиденциальность информации, никакая информация не сообщается об отдельных детях. Имена родителей, учащихся и вся персональная информация будут храниться анонимно и не появятся в отчете об исследовании.

Подписываясь на заявлении ELO-P о регистрации, я подтверждаю получение этого документа, а также соглашаюсь и даю свое согласие на конфиденциальный сбор и представление статистической информации.

Подпись родителя/опекуна: _____ Дата: _____

STAFF USE ONLY/ТОЛЬКО ДЛЯ ПЕРСОНАЛА

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 _____

Russian

San Juan Unified School District
Программа расширенных возможностей обучения / YMCA
Информация для скорой помощи 2026-27

ФИО ребенка _____ **Дата рождения**_____

Домашний телефон_____ **Мобильный телефон** _____ **Другой телефон**_____

Адрес _____ **Ребенок проживает с**: _____

Родитель/Опекун_____ **Отношение** _____

Работодатель _____ **Рабочий телефон**_____

Родитель/Опекун_____ **Отношение** _____

Работодатель _____ **Рабочий телефон**_____

Информация для скорой помощи: Ученики будут освобождены из программы только с подписью родителя / опекуна или лица, указанного ниже. Если ваш ребенок болен или у него чрезвычайная ситуация, и родитель / опекун не может быть достигнут, ваш ребенок может быть отпущен к назначенному контакту в чрезвычайных ситуациях. Контактные лица для чрезвычайных ситуаций должны быть старше 16 лет. *Родители/опекуны обязаны обновлять информацию о чрезвычайных ситуациях если она изменилась.*

КОНТАКТЫ ДЛЯ СКОРОЙ ПОМОЩИ: *(необходимо минимум два)*

ИМЯ	ОТНОШЕНИЕ	ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН	МОБ. ТЕЛЕФОН

Родитель/опекун должен отметить одно

O 1. В случае чрезвычайной ситуации, когда родитель или опекун недоступен, я уполномочиваю школьный персонал организовать для моего ребенка медицинскую/больничную помощь, включая необходимую транспортировку, в соответствии с их здравым смыслом. Я уполномочил врача, указанного ниже, обеспечить уход и лечение, которые считаются необходимыми. В случае, если указанный врач недоступен, я разрешаю такой уход и лечение проводить лицензированному врачу или хирургу. Я согласен оплатить все расходы, понесенные в результате вышеизложенного.

O 2. Я не выбираю вышеуказанное утверждение и желаю следующих действий в случае чрезвычайной ситуации:

Имя врача: _____ Телефон: _____

Медицинское покрытие: _____ ID#: _____

ЗРЕНИЕ: ☐носит очки ☐носит контакты ☐ носит постоянно ☐ требуется предпочтительное место Дата последнего осмотра глаз _____

СЛУХ: ☐ имеет проблемы со слухом ☐ имеет трубки в ушах ☐ использует слуховой аппарат ☐ требуется предпочтительное место

ОБЩЕЕ ЗДОРОВЬЕ: 1. Имеет следующее состояние: ☐ астма ☐ эпилепсия ☐ обмороки ☐ диабет ☐ сверхактивный (ADHD) ☐ Мигрени

☐ состояние сердца ☐ аллергии_____ аллергическая реакция на укусы пчел (опишите): _____ ☐ Другое _____

2. Список назначенных лекарств: _____ Текущая дозировка: _____

Для (диагноза) _____ Назначено доктором: _____ Телефон _____

3. Имеет физическое состояние, которое ограничивает участие ☐ нет ☐ да (объясните): _____

4. Имеет особые потребности ☐ нет ☐ да (объяснение): _____

"Я разрешаю раскрытие медицинской информации моего ребенка 1. школьным округом и поставщиком услуг до агента по выставлению счетов и 2. школьным округом моей страховой компании, если это необходимо для обработки претензии или запроса выплаты льгот по программе медицинской помощи. Совместно используемая информация будет ограничена только медицинской документацией."

Подпись родителя/опекуна _____ Дата _____

Напечатать имя _____ Отношение _____ PR

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