



San Juan Unified School District
Expanded Learning Opportunities Program / YMCA
Application for Enrollment 2026-27



San Juan مديرية تربية
برنامج فرص التعلّم الموسع / YMCA
استمارة التسجيل للعام الدراسي

المدرسة التي يحضر اليها الطالب School Attending		المدرسة / School:	
اسم الطفل / Child's Name:		الاسم الأخير / Last:	
عنوان الطفل / Child's Address:		عنوان الشارع / Street Address:	
تاريخ الميلاد / Date of Birth:		الجنس / Gender:	
الصف / Grade:		المعلم / Teacher:	
هل الطفل يتحدث لغتين / Bilingual:		اللغات التي يتحدثها / Languages Spoken:	
ولي الأمر / الوصي / Parent/ Guardian:		العلاقة بالطفل / Relationship:	
رقم الهاتف / Phone:		الإيميل / Email:	
ولي الأمر / الوصي / Parent/ Guardian:		العلاقة بالطفل / Relationship:	
رقم الهاتف / Phone:		الإيميل / Email:	
هل الطالب هو أخ لأحد الطلاب المسجلين حاليًا في برنامج ELO-P ؟		اسم الأخ والمدرسة:	

أولوية التسجيل: ستعطى الأولوية للطلاب المؤهلين بموجب قانون مساعدة الطلاب الذين ليس لديهم مأوى ثابت للسكن McKinney-Vento ، والشباب المتبنين في دار الرعاية (Foster Youth)، ومتعلمي اللغة الإنجليزية، والطلاب المؤهلين للحصول على وجبات طعام مجانية أو مخفضة السعر. إذا كان الطالب مؤهلاً لأي من المجموعات ذات الأولوية، فيرجى التحقق ☐

المشاركة: برنامج فرص التعلّم الموسع متاح لجميع الطلبة الذين يرغبون بالمشاركة ويتم تقديمه على أساس أسبقية الحضور بعد تطبيق الأولوية. تتطلب المشاركة في البرنامج الالتزام بجميع السياسات والمبادئ التوجيهية كما هو موضح أدناه. يطلب من أولياء الأمور / الأوصياء حضور الاجتماع التوجيهي لأولياء الأمور في بداية العام الدراسي.

الحضور: يعمل البرنامج لمدة ٣ ساعات على الأقل وحتى الساعة ٦ مساءً على الأقل. في حالة تغيب الطالب، فيتوجب على أولياء الأمور إبلاغ موظفي برنامج الـ ELO-P ، بالإضافة إلى الكادر الاعتيادي في اليوم الدراسي. يمكن اعتبار تراكم ١٠ حالات غياب بدون عذر على أنه تغيب مفرط. يجوز استلام الطلاب قبل نهاية وقت البرنامج إذا كان ذلك وفقاً لسياسة الانصراف المبكر لبرنامج الـ ELO-P

استلام الطالب: يجب اخذ الطلبة مباشرة عند انتهاء برنامج " ELO-P " يومياً. إذا لم يتم أخذ الطالب عند انتهاء البرنامج فسيقوم موظفي برنامج الـ ELO-P بالاتصال بولي الأمر/ الوصي أو الأشخاص الذين تم تعيينهم كجهات اتصال في حال حدوث طارئ. وقد يقوم برنامج الـ ELO-P بفصل الطالب من البرنامج بعد التأخر لمدة ٣ مرات لاستلام الطالب.

سلوك الطالب: يجب على جميع الطلبة اتباع قواعد تربية San Juan للمدارس الموحدة وأي سياسات إضافية تابعة لبرنامج الـ ELO-P . السلوك الفوضوي و المعرقل وسلوك عدم الاحترام تجاه الطلبة الآخرين أو الموظفين أو السلوك الذي يشكل قلقاً على السلامة هو السبب في الطرد. كادر برنامج الـ ELO-P سيقوم بإبلاغ و / أو إشراك أولياء الأمور / الأوصياء في تدخلات السلوك التي تحدث. يشجع فيه أولياء الأمور / الأوصياء على مناقشة الأمور المتعلقة بالسلوك مع منسق برنامج الـ ELO-P . *برنامج الـ ELO-P سوف لن يتسامح مع العنف، المخدرات، العبارات العنصرية، التحرش الجنسي، واللمس الغير لائق أو التعليقات الشخصية المهينة تجاه الآخرين. إذا حصل واحداً من هذه الحوادث، سيتم اتخاذ إجراءات تأديبية فورا ويمكن أن يؤدي إلى الطرد من البرنامج.

لقد قمت بقراءة و فهم جميع المعلومات الواردة أعلاه. ويتوقعي على هذه الوثيقة، أوافق على اتباع جميع سياسات وتوجيهات برنامج الـ ELO-P ومساعدة طفلي الطالب على فهم واتباع توجيهات برنامج الـ ELO-P.

تمويل برنامج الـ ELO-P يقتضي بجمع و الإبلاغ عن المعلومات الإحصائية للطلبة المشاركين. يعمل المقيمون على الحفاظ على سرية المعلومات و عدم الإبلاغ عن أي معلومات عن أي طفل. وستبقى أسماء أولياء الأمور و الطلبة وجميع المعلومات التعريفية مجهولة ولن تظهر في أي تقرير مطبوع متعلق بالدراسة.

بتوقيعي هذا على استمارة طلب التسجيل في برنامج الـ ELO-P ، أقر باستلام هذه الوثيقة وأوافق وأعطي موافقتي على جميع المعلومات الإحصائية والإبلاغ عنها بشكل سري.

توقيع ولي الأمر / الوصي: _____ التاريخ: _____

STAFF USE ONLY

Returning ELO-P or ELO-P 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 _____



San Juan Unified School District

Expanded Learning Opportunities Program/YMCA

Emergency Information 2026-27



Birth Date / تاريخ الميلاد _____ Child's Full Name / اسم الطفل الكامل _____
 Other Phone / رقم هاتف آخر _____ Cell Phone / رقم الهاتف الخليوي _____ Home Phone / رقم هاتف المنزل _____
 Address / العنوان _____ يسكن الطفل مع / Child Resides With: _____
 Relationship / العلاقة بالطفل _____ Parent / Guardian / الوصي / الأمر _____
 Business Phone / رقم هاتف العمل _____ Employer / رب العمل _____
 Relationship / العلاقة بالطفل _____ Parent / Guardian / الوصي / الأمر _____ Business Phone / رقم هاتف العمل _____
 Employer / رب العمل _____

معلومات الطوارئ: سيتم السماح للطلبة بالانصراف من البرنامج فقط عند توقيع ولي الأمر / الوصي أو من الذين تم تعيينهم بالأسفل أدناه. إذا كان طفلك مريضاً أو لديه حالة طارئة ولا يمكن الاتصال بولي الأمر / الوصي، فمن الممكن السماح لطفلك بالانصراف مع الشخص الذي يكون قد عُيِّن بالاتصال في الحالات الطارئة. يجب أن يكون الشخص المعين بالاتصال به في حالات الطوارئ ١٦ عاماً أو أكبر. *أولياء الأمور / الأوصياء مطالبين بتحديث المعلومات في حالات الطوارئ في حال حدوث تغييرات.*

جهة الاتصال في حال الطوارئ: (مطلوب اثنتين على الأقل)

الاسم	العلاقة بالطفل	رقم هاتف المنزل	رقم الهاتف الخليوي
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

ولي الأمر / الوصي يجب عليهم اختيار واحداً من التالي

١. في حال حدوث حالة طارئة، و عندما يكون ولي الأمر أو الوصي غير موجود أو لا يمكن الوصول إليهم، فأني أفوض وأخول أفراد المدرسة على القيام بعمل الترتيبات اللازمة لطفلي للحصول على الرعاية الطبية بما في ذلك عملية النقل الضروري وفقاً لأفضل تقديراتهم. أخول الطبيب المذكور أسمه أعلاه ان يقدم الرعاية و العلاج عند الضرورة. في حالة كون الطبيب المذكور أعلاه غير موجود فأني أخول بأن يتم إجراء و تقديم الرعاية و العلاج من قبل طبيب او جراح مرخص. أوافق على دفع جميع التكاليف المترتبة نتيجة للمذكور أعلاه.

٢. لا أختار النص أعلاه و أرغب في قيام الأجراء التالي في حالة الطوارئ:

اسم الطبيب: _____ الهاتف: _____
 التأمين الصحي: _____ رقم هوية التأمين الصحي: _____
 البصر: ☐ يرتدي نظارات ☐ يرتدي عدسات ☐ يتم ارتداؤها في كل الأوقات ☐ يتطلب وضعية جلوس مفضلة تاريخ آخر فحص نظر _____

السمع: ☐ لديه مشاكل في السمع ☐ لديه أنابيب في الأذن ☐ يستخدم سماعة للسمع ☐ يتطلب وضعية جلوس مفضلة
 الصحة العامة: ١. لديه الحالة (ات) الصحية التالية: ☐ الربو ☐ الصرع ☐ حالات أغماء ☐ مرض السكري ☐ اضطراب نقص الإنتباه مع فرط النشاط
 (ADHD) ☐ الشقيقة: الصداع النصفي ☐ أمراض القلب ☐ حساسية _____ ردة فعل تحسسية تجاه لسعات النحل
 (أوصف): _____ أخرى _____

٢. أدرج الأدوية أو العلاجات الموصوفة بوصفة طبية: _____ الجرعة الحالية: _____
 لغرض (التشخيص): _____ تم وصفها من قبل الطبيب: _____ رقم الهاتف: _____
 ٣. لديه مشاكل عضلية التي تحد وتحد من المشاركة ☐ كلا ☐ نعم (وضح): _____
 ٤. ذوي احتياجات خاصة ☐ كلا ☐ نعم (وضح): _____

"أخول وأسمح بأعطاء المعلومات الطبية الخاصة بطفلي (١) من قبل مديرية التربية ومقدم الخدمات الى وكيل المدفوعات والفواتير المالية و (٢) من قبل مديرية التربية الى شركة التأمين الصحي الخاصة بي عند الضرورة لغرض المطالبة بحق أو عند الطلب لدفع أجور منافع الرعاية الصحية. المعلومات التي يتم نشرها ستكون محدودة لغرض توثيق الخدمة الصحية فقط."

توقيع ولي الأمر / الوصي _____ التاريخ _____
 الاسم _____ صلة العلاقة بالطفل _____