

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

اولویت ثبت نام: اولویت با شاگردانی است که تحت قانون کمک به بی خانمان های مک کینی-ونتو، جوانان تحت سرپرستی، شاگردان دوزبانه (یا زبان آموزان انگلیسی) و شاگردان واجد شرایط وعده های غذایی رایگان یا با قیمت کاهش یافته 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 در جریان قرار دهد، مزید بر کارمند عادی مکتب. ۱۰ روز غیرحاضری بدون دلیل می تواند بیش از حد تلقی شود و شمولیت شاگرد در برنامه ممکن لغو گردد. شاگردان را فقط می توان در صورتی که مطابق با پالیسی رخصتی زود هنگام ELO-P باشد قبل از پایان برنامه تسلیمی (Pick-up) گرفت.

تسليم شدن شاگرد (Student Pick-Up): والدین باید شاگردان خود را پس پایان برنامه ELO-P تسليم شوند. اگر یک شاگرد الی آخر برنامه تسليم گرفته نشود، کارمند ELO-P با والدین/ سرپرست افراد که در تماس های حالات اضطرار قرار دارند تماس خواهند گرفت. برنامه ELO-P می تواند یک شاگرد را پس از ۳ بار ناوقت تسليم گرفتن، اخراج نماید.

رفتار شاگرد: تمام شاگردان مکلف اند تا از قوانین حوزه تعلیمی سان هوان و سایر پالیسی های ELO-P پیروی نمایند. هرگونه رفتار نادرست، و رفتار به دور از احترام در برابر سایر شاگردان یا کارمندان یا برخورد های که سبب ایجاد یک نگرانی گردد غیرقابل قبول اند و اخراج 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 و سرپرستان 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 انضباطی خواهیم کرد و این سبب خواهد شد که فردی که دست به چنین عمل می زند از برنامه اخراج شود.

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

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

با امضا درخواست نامه ELO-P برای شمولیت، من دریافت این سند را تصدیق می نمایم، و با جمع آوری و گزارش 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 _____

نام مکمل شاگرد _____ تاریخ تولد _____

شماره تلفون خانه _____ شماره تلفون شخصی _____ شماره دیگر _____

آدرس _____

والدین/سرپرست _____ قرابت _____

کارفرما _____ شماره تلفون رسمی _____

والدین/سرپرست _____ قرابت _____

کارفرما _____ نمبر تلفون 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 تلفون خانه	شماره تلفون شخصی

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

1. در مواقع اضطراری (ایمرجنسی)، در صورتی که والدین یا سرپرست در دسترس نباشند، به کارمندان مکتب اجازه می‌دهم تا برای فرزندم بر اساس صلاحیت خود، مراقبت‌های صبحی/شفابخانه، 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.

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

نام داکتر: _____ تلفون: _____

بیمه صبحی _____ 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 ☐ بیش‌فعالی (ADHD) ☐ تکلیف قلبی ☐ آنیم‌سری/مایگرن ☐ حساسیت/الرژی _____ حساسیت به نیش زنبور (توضیح دهید): _____

سایر موارد _____

2. لیست دواهای تجویز شده: _____ دوز فعلی: _____

برای (مریضی) _____ توسط دکتر _____ شماره تلفون _____

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 صبحی فرزندم را صادر می‌کنم: ۱. توسط حوزه تعلیمی و ارائه‌دهنده خدمات به نماینده صورت حساب و ۲. توسط حوزه تعلیمی به شرکت بیمه‌ام در صورت لزوم برای طی مراحل دعوی یا درخواست پرداخت مزایای کمک‌های صبحی. اطلاعات شریک شده، فقط به ثبت اسناد خدمات صبحی محدود خواهد شد."

امضای والدین/سرپرست _____ تاریخ _____

نام مکمل خود را بنویسید _____ قرابت _____