



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



Russian

Посещаемая школа	Школа:				
Имя ребенка	Фамилия:		Имя:		
Адрес ребенка	Улица	Город	Штат	Индекс	
Дата рождения		Пол	Мужской	Женский	Небинарный
Класс/Учитель					
Двухязычный	Да	Нет	Родной язык:		
Запрошенная программа	Только до школы	Только после школы	Как до, так и после школы		
Родитель/Опекун:	Отношение:				
Телефон:	E-mail:				
Родитель/Опекун:	Отношение:				
Телефон:	E-mail:				
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.

ОСВОБОЖДЕНИЕ УЧЕНИКОВ: Ученики должны быть подобраны быстро в конце ELO-P ежедневно. Если ученик не был подобран к концу программы, сотрудники ELO-P свяжутся с родителем / опекуном и лицами, назначенными в качестве экстренных контактов. ELO-P может исключить ученика из программы после 3 опозданий.

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, и 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 _____



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



Russian

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

☐ 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.

☐ 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 (объясните): _____

“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