



**San Juan Unified School District  
Programa Después de Clases/Bridges After-School  
Solicitud para Inscripción 2011-12**

Spanish



<b>Nombre de la Escuela</b>	Escuela:	
<b>Nombre del Alumno</b>	Apellido:	Nombre:
<b>Dirección del Alumno</b>		
<b>Fecha de Nacimiento</b>		
<b>Género</b>	Masculino	Femenino
<b>Grado/Maestro</b>		
<b>Bilingüe Sí o No</b>	Idioma:	
Padre/Tutor:	Relación:	
Teléfono:	Email:	
Padre/Tutor:	Relación:	
Teléfono:	Email:	

**PARTICIPACIÓN:** El programa Bridges After-School está disponible y se ofrece para todos los alumnos que quieran participar y se atiende de acuerdo al orden de llegada. La participación en el programa requiere el cumplimiento con toda la política y directrices como se describe a continuación. Se requiere que los padres/tutores asistan a una orientación para padres al inicio del año escolar.

**ASISTENCIA:** Se requiere que los alumnos asistan regularmente al programa Bridges After-School y que participen en el programa del día completo. El programa opera por lo menos 3 horas y por lo menos hasta las 6:00 pm. Se requiere que los padres notifiquen al personal de Bridges cuando un alumno está ausente y también deben notificar al personal de la escuela. Una acumulación de 10 ausencias no autorizadas/sin justificación pueden considerarse excesivas y la inscripción del alumno en el programa puede ser revocada. Los alumnos sólo pueden ser recogidos antes de la hora final del programa de acuerdo con la Política de Salir Temprano de Bridges.

**PARA RECOGER A LOS ALUMNOS:** Los alumnos deben ser recogidos a diario inmediatamente a la hora que termina el programa Bridges After-School. Si los alumnos no han sido recogidos al terminar el programa, el personal de Bridges se comunicará con los padres/tutores y con las personas designadas en la forma de emergencia. El Programa Bridges After-School puede despedir a alumnos después de ser recogidos 3 veces tarde.

**CONDUCTA ESTUDIANTIL:** Todos los alumnos deben seguir las reglas de las escuelas del Distrito Escolar Unificado de San Juan y cualquier regla adicional del programa Bridges After-School. **Conducta inapropiada o falta de respeto hacia otros alumnos o hacia el personal del programa es razón para despedir al alumno del programa.** El personal de Bridges notificará y/o involucrará a los padres/tutores en cualquier intervención debido al comportamiento inapropiado que ocurra. Pedimos a los padres que hablen con el coordinador del programa Bridges en su escuela sobre cualquier preocupación tocante el comportamiento de sus hijos. **\*EL PROGRAMA BRIDGES AFTER-SCHOOL NO TOLERARÁ VIOLENCIA, DROGAS, AGRAVIO RACIAL, ACOSO SEXUAL, TOCAR DE UNA MANERA INAPROPIADA O MENOSPRECIAR A OTROS. SI CUALQUIERA DE ESTOS INCIDENTES OCURREN, SE TOMARÁ ACCIÓN DISCIPLINARIA QUE PODRÍA RESULTAR EN EL DESPIDO DEL ALUMNO DEL PROGRAMA.**

*He leído y entiendo toda la información mencionada anteriormente. Estoy de acuerdo en seguir todos los reglamentos de Bridges After-School y ayudaré a mi hijo/a a entender y a cumplir con los reglamentos de Bridges After-School.*

*Con mi firma en la Solicitud para Inscripción de Bridges After-School, Yo acepto que he recibido este documento y doy mi consentimiento a la colección y el reporte de esta información estadística.*

**Firma del Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Financiación para el programa Bridges After-School requiere que se colecte y se reporte información estadística de los alumnos participantes. Evaluadores guardan la información confidencialmente y no se reporta información de alumnos individuales. Su nombre, el nombre de su hijo/a o información de identificación se mantendrá anónima y no aparecerá en ningún reporte impreso del estudio.

**BRIDGES STAFF USE ONLY/PARA USO DEL PERSONAL DE BRIDGES SOLAMENTE**

Returning Bridges student Y \_\_\_\_ N \_\_\_\_ If yes, from what school? \_\_\_\_\_

First day of enrollment \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date Application Received \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**San Juan Unified School District**  
**Programa Después de Clases/Bridges After-School**  
**Información de Emergencia 2011-12**

*Spanish*



**Nombre Completo del Alumno** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_

**Teléfono-casa** \_\_\_\_\_ **Teléfono Celular** \_\_\_\_\_ **Otro Teléfono** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_ **El alumno vive con:** \_\_\_\_\_

**Padre/Tutor** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_

**Empleo** \_\_\_\_\_ **Teléfono de empleo** \_\_\_\_\_

**Padre/Tutor** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_

**Empleo** \_\_\_\_\_ **Teléfono de empleo** \_\_\_\_\_

**Información de Emergencia:** Alumnos sólo podrán ser recogidos del programa por el padre/tutor o las personas designadas a continuación. Si su hijo/a esta enfermo o tiene una emergencia y no podemos comunicarnos con el padre/tutor, sólo la persona mencionada a continuación puede recoger a su hijo/a. Personas deben ser mayores de 16 años de edad. *Se requiere que los Padres/Tutores mantengan actualizada la información de emergencia.*

**PERSONAS DE CONTACTO PARA EN CASO DE UNA EMERGENCIA:** *(se requiere por lo menos 2 personas de contacto)*

NOMBRE	RELACIÓN	TELÉFONO-CASA	TELÉFONO-CELULAR
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Padre/Tutor Debe Marcar Uno**

1. En caso de una emergencia, cuando los padres no estén disponibles, Yo autorizo que el personal de la escuela haga los arreglos necesarios para que mi hijo/a reciba atención médica/hospital, incluyendo el transporte necesario, de acuerdo con su mejor juicio. Yo autorizo al doctor nombrado arriba para que asuma el cuidado y tratamiento necesario. En el evento que dicho doctor no esté disponible, yo autorizo que el cuidado y tratamiento médico sea realizado por un doctor o cirujano con licencia. Estoy de acuerdo en pagar todos los gastos incurridos como resultado de lo anterior.

2. No elijo la declaración mencionada arriba y prefiero lo siguiente en caso de una emergencia: \_\_\_\_\_

**Nombre del Doctor:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Cobertura Médica:** \_\_\_\_\_ **ID#:** \_\_\_\_\_

**VISIÓN:**  usa lentes  usa lentes de contacto  debe usarlos en todo momento  requiere asiento delantero

**Fecha del último examen** \_\_\_\_\_ **Bajo el cuidado del Dr.** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_

**AUDICIÓN:**  tiene problemas de audición  tiene tubos en los oídos  usa un audifono  requiere asiento delantero

**SALUD GENERAL: 1.** Tiene las siguientes condiciones:  asma  epilepsia  desmayos  diabetes  hiperactivo (ADHD)  migrañas  
 problema cardiaco  alergias \_\_\_\_\_ reacción alérgica a piquete de abeja (describa) \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_

2. Anote cualquier medicamento recetado: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Para (diagnosis) \_\_\_\_\_ Recetado por el Dr. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

3. Tiene una condición física que limita su participación  No  Sí (explique): \_\_\_\_\_

4. Tiene Necesidades Especiales  No  Sí (explique): \_\_\_\_\_

“Yo autorizo la divulgación de la información médica de mi hijo/a. 1. Por el distrito escolar y el proveedor de servicio al agente de cuentas y 2. por el distrito escolar y el portador de seguro según sea necesario para procesar la reclamación de seguro o para solicitar pago de Beneficios de Asistencia Médica. La información será limitada para la documentación de los servicios de salud solamente.”

**Firma del Padre/Tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Escriba el nombre en letra de molde** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_



**Distrito Escolar de San Juan  
Programa Bridges After-School  
Reglas de Cuota y Acuerdo de 2011-12**



Spanish

Escuela de Asistencia	Escuela:	Grado:
Nombre de Niño	Apellido:	Nombre:
Domicilio de Niño		
Padre/Tutor:	Relación:	
Teléfono:	Email:	

**Cuota de Inscripción:** Se paga una cuota de \$30 no reembolsable al confirmar inscripción.

**Cuotas por Participación en el Programa:**

- Cuota mensual se determina con una escala móvil basada en la elegibilidad estudiantil por comida escolar.
- Todas las cuotas incluyen salida temprana de los jueves, y los otros días mínimos programados.
- Cuotas se calculan considerando todos los días de recreo durante el año escolar (incluyendo días de fiesta).
- Cuotas no se aplican a los días de programa en agosto ni junio.
- La cuota regular mensual se aplica a cada mes de septiembre a mayo.

Marque Estado de Elegibilidad	Estado de Elegibilidad y Mensualidad Correspondiente del Programa	Solicitud de Beca
	<input type="checkbox"/> Pago Completo \$50 por mes <input type="checkbox"/> Pago Reducido \$40 por mes <input type="checkbox"/> Comida Gratis \$30 por mes	<input type="checkbox"/> No puedo pagar todo o parte de la cuota que me corresponde y contactaré a la secretaria de Bridges After-School, Debbie Timpson, @ 971-5933 dentro de 5 días de presentar este formulario para solicitar una beca completa o parcial.

**Pagos por cheque o giro postal/money order:**

- Los pagos se vencen para el 10 de cada mes.
- Cheques y money orders son pagables a San Juan Unified School District con Bridges After-School en la línea memo. Por favor envíelo por correo a:  
*Attn: Bridges After-School Programs/Marvin Marshall, 5309 Kenneth Ave., Carmichael, CA 95608*
- Pagos se pueden dejar en una de las oficinas regionales de Bridges After-School:
  - Arden Arcade Region - 4425 Laurelwood Way, Sacramento 95864/ Salón 18, 979-8414
  - Carmichael Region - 5309 Kenneth Ave, Carmichael 95608/ Salón 5, 575-2386
  - Citrus Heights Region - 7901 Rosswood Drive, Citrus Heights 95621/ Salón H7, 725-6499
- **No se aceptan pagos en el sitio del programa.**

**Pagos por tarjeta de crédito:**

- Se aceptan pagos por Visa y MasterCard en línea a [www.myschoolbucks.com](http://www.myschoolbucks.com). *My School Bucks es un centro de pagos en línea rápido y fácil para padres. En Myschoolbucks.com se puede pagar matrícula, comida, y otros asuntos escolares en un lugar central; recibir recordatorios por email de fecha tope de pagos; establecer pagos automáticos en dada fecha y más.*

**Cuotas Tardes:**

- Si no se recibe el pago dentro de 5 días hábiles de la fecha tope se cobra una multa de \$25.

**Fondos Insuficientes (NSF):**

- Cheques que regresan del banco resultarán en un cobro adicional de \$25. Se requiere un money order para reemplazar un cheque NSF.
- No se aceptan cheques como forma de pago después de que el banco rechace un segundo cheque.

**Política de Cancelación:**

- Se requiere que familias avisen por escrito con dos semanas cuando un niño va a dejar de participar en el programa. Si un participante se va antes del fin de las dos semanas designadas, se requiere pago entero por el plazo de dos semanas.

**Denegación:** *He leído y acepto las reglas y el plan de cuota del Programa Bridges After-School incluyendo pago de toda obligación financiera.*

Firma de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_