



**Distrito Escolar de San Juan
Programa Bridges After-School
Solicitud de Inscripción 2016-17**



Spanish

Escuela que Asiste	Escuela:			
Nombre de Niño	Apellido:		Nombre:	
Domicilio de Niño	Dirección	Ciudad	Estado	Zip
Fecha de Nacimiento				
Género	Masculino	Femenino		
Grado/Maestro				
Bilingüe	Sí	No	Idiomas que Habla:	
Padre/Tutor:			Relación:	
Teléfono:			Email:	
Padre/Tutor:			Relación:	
Teléfono:			Email:	

PARTICIPACIÓN: Bridges After-School está abierto a todo alumno que quiera participar y se ofrece a base del primero que viene el primero que obtiene. Participación en el programa requiere cumplimiento a todas las reglas y directrices descritas abajo. Se requiere que padres/tutores asistan a una orientación para padres al principio del año escolar.

ASISTENCIA: Se espera que estudiantes asistan a Bridges After-School todos los días de operación y plena participación en el programa. El programa opera por lo menos 3 horas y por lo menos hasta las 6:00 PM. Si un alumno está ausente, se requiere que padres notifiquen al personal del programa Bridges, además del personal del día escolar tradicional. La acumulación de 10 ausencias injustificadas se puede considerar excesivo y se puede revocar la inscripción del estudiante en el programa. Estudiantes solo se pueden recoger antes del fin del programa si es de acuerdo a la Política de Salida Temprana de Bridges After-School.

RECOGER ESTUDIANTES: Deben recoger a los estudiantes puntualmente al fin de Bridges After-School cada día. Si un estudiante no ha sido recogido para el fin del programa, personal de Bridges se pondrá en contacto con el padre/tutor u individuos designados como contactos de emergencia. Bridges After-School puede despedir a un estudiante del programa después de 3 veces de ser recogido tarde.

CONDUCTA ESTUDIANTIL: Todos los alumnos deben seguir las reglas del Distrito de San Juan y la política adicional del Programa Bridges After-School. **Conducta disruptiva, conducta irrespetuosa hacia otros estudiantes o personal o conducta que crea una preocupación de seguridad es motivo por ser despedido.** El personal de Bridges After-School le notificará y/o involucrar a los padres/tutores en intervención de conducta que ocurra. Se recomienda que padres/tutores discutan preocupaciones acerca de conducta con el Coordinador de Bridges After-School. ***EL PROGRAMA BRIDGES AFTER-SCHOOL NO TOLERA VIOLENCIA, DROGAS, INSULTO RACIAL, ACOSO SEXUAL, EL TOCAR INAPROPIADAMENTE NI HUMILLACIONES PERSONALES DE OTROS. SI ALGUNO DE ESTOS INCIDENTES OCURRE, SE TOMARÁ ACCIÓN DISCIPLINARIA DE INMEDIATO Y PUEDE RESULTAR EN TERMINACIÓN DEL PROGRAMA.**

He leído y entiendo toda la información anterior. Con mi firma en este documento, acepto cumplir con todas las reglas y directrices de Bridges After-School y ayudar a mi estudiante entender y seguir las reglas de Bridges After-School.

Financiación para el programa Bridges After-School requiere que información estadística de alumnos que participan sea colectada y reportada. Evaluadores mantienen la información confidencial y no se reporta información sobre niños individuales. Nombres de padres, estudiantes y toda la información de identificación se mantiene anónima y no aparecerá en ningún reporte escrito del estudio.

Con mi firma en la Solicitud de Inscripción de Bridges After-School, reconozco haber recibido este documento y acepto y doy mi consentimiento a la colección de información confidencial y reportaje de información estadística.

Firma de Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

BRIDGES STAFF USE ONLY

Returning Bridges student Y ___ N ___ If yes, from what school? _____ Student ID Number _____

Date application was received ___/___/___ Time application was received _____ Student's start date ___/___/___
Initials _____

Copia blanca para escuela, copia amarilla para oficina, copia rosada para padre



**Distrito Escolar de San Juan
Programa Bridges After-School
Información de Emergencia 2016-17**



Spanish

Nombre Completo de Niño _____ Fecha de Nacimiento _____

Teléfono de Casa _____ Celular _____ Otro Teléfono _____

Domicilio _____ Niño vive con: _____

Padre/Tutor _____ Relación _____

Empleador _____ Teléfono de empleo _____

Padre/Tutor _____ Relación _____

Empleador _____ Teléfono de empleo _____

Información de emergencia: Estudiantes solo salen del programa con la firma de padre/tutor o la de un individuo designado abajo. Si su niño está enfermo o tiene una emergencia y no se puede localizar un padre/tutor, se puede autorizar que su niño se vaya con una persona designada como contacto de emergencia. Contactos de emergencia deben ser de 16 años o mayor. Se requiere que padres/tutores actualicen la información de emergencia cuando cambios ocurren.

CONTACTOS DE EMERGENCIA: (se requiere un mínimo de dos)

NOMBRE	RELACIÓN	TELÉFONO de CASA	# CELULAR
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Padre/Tutor Debe Marcar Uno

1. En caso de una emergencia, cuando un padre o tutor no está disponible, autorizo al personal escolar de hacer arreglos para que mi hijo reciba cuidado médico/hospital, incluyendo transporte necesario, según su mejor criterio. Autorizo al médico nombrado abajo de tomar el cuidado y tratamiento que se considerada necesario. En el evento que dicho médico no está disponible, autorizo que tal cuidado y tratamiento sea realizado por y médico o cirujano con licencia. Acepto pagar todo costo que resulte de lo dicho.

2. No opto por la declaración de arriba y deseo la siguiente acción en caso de una emergencia:

Nombre de Médico: _____ Teléfono: _____

Cobertura Médica: _____ ID#: _____

VISIÓN: usa lentes usa contactos debe usarlos siempre requiere asiento preferencial Fecha de último examen de vista _____

AUDICIÓN: problemas de oír tubos en oídos usa aparato para oír requiere asiento preferencial

SALUD GENERAL: 1. Tiene la siguiente condición(es): asma epilepsia desmayos diabetes hiperactivo (ADHD) migrañas

condición cardíaca alergias _____ reacción a picadura de abeja (describa): _____ Otro _____

2. Anote medicina recetada: _____ Dosis Actual: _____

Para (diagnosis) _____ Recetada por Dr. _____ Teléfono _____

3. Tiene condición física que limita su participación no sí (explique): _____

4. Tiene Necesidad Especial no sí (explique): _____

“Autorizo la divulgación de información médica de mi niño 1. por el distrito escolar y el proveedor de servicios al agente de cobro y 2. por el distrito escolar a mi compañía de seguro médico a como sea necesario para procesar reclamaciones o para pedir reembolso de los Beneficios de Asistencia Médica. Dicha información se limitará a solo documentación de servicio de salud.”

Firma de Padre/Tutor _____ Fecha _____

Nombre en letra de molde _____ Relación _____



**Distrito Escolar de San Juan
Programa Bridges After-School
Política de Cuota y Acuerdo 2016-17**



Spanish

Escuela de Asistencia	Escuela:	Grado:	Número ID Estudiantil:	
Nombre de Niño	Apellido:	Nombre:		
Domicilio	Dirección	Ciudad	Estado	Zip
Padre/Tutor:		Relación:		
Teléfono:		Email:		

Cuotas del Programa:

- Cuota de inscripción de \$30 no reembolsable debe pagarse al momento de confirmar la inscripción.
- La cuota incluye salida temprana de jueves y los otros días mínimos programados.
- La cuota se calcula considerando los días sin escuela durante el año escolar (incluso días de fiesta).
- Los pagos se deben para el 10^{mo} día de cada mes (septiembre – mayo).
- La cuota mensual se determina usando una escala móvil basada en la elegibilidad del estudiante de almuerzo gratis o a precio reducido.

Escala Móvil de Cuota	Elija la Tasa Elegible	Petición de Beca
	<input type="checkbox"/> \$50 por mes- Mi estudiante no califica para almuerzo gratis o a precio reducido durante el día escolar. <input type="checkbox"/> \$40 por mes – Mi estudiante califica para almuerzo a precio reducido durante el día escolar. <input type="checkbox"/> \$30 por mes- Mi estudiante califica para almuerzo gratis durante el día escolar.	<input type="checkbox"/> No puedo pagar toda o parte de la cuota elegible. Lamaré al 971-5933 en 5 días de presentar esta solicitud para establecer un acuerdo de beca. <input type="checkbox"/> Establecí un acuerdo de beca para la cuota del año 2015-16 y me gustaría continuar este acuerdo de beca para la cuota del programa del año 2016-17.

Pagos por cheque o giro postal/money order:

- Cheques y giros postales se hacen pagable a San Juan Unified School District con el nombre de su estudiante y la escuela en la línea memo. Favor de enviar a:
Bridges After-School Programs/San Juan USD, 3738 Walnut Ave., Carmichael, CA 95608
- Pagos se pueden dejar en una de las oficinas regionales de Bridges After-School:
 - Arden Arcade Region – 2641 Kent Drive, Sacramento 95821/ Room 5, 979-8414
 - Carmichael Region – 6230 Rutland Drive, Carmichael 95608/ Room 24, 575-2386
 - Citrus Heights Region - 7901 Rosswood Drive, Citrus Heights 95621/ Room H17, 725-6499
- Pagos no se aceptan en los sitios de programa.

Pagos por tarjeta de crédito:

- Se aceptan pagos por Visa y MasterCard en línea a www.myschoolbucks.com.

Pagos tardes:

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

Fondos Insuficientes (NSF):

- Cheques que se regresan por el banco tendrán un cobro adicional de \$25. Se requiere un giro postal para reemplazar un cheque de fondos insuficientes.
- No se aceptan cheques como forma de pago después que el banco ha rechazado el segundo cheque.

He leído y acepto la política de cuota del Programa Bridges After-School.

Firma de Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Copia blanca para oficina, copia amarilla para padre