



**San Juan Unified School District
Bridges After-School Program
Application for Enrollment 2016-17**



Школа відвідування	Школа:			
Ім'я дитини	Прізвище:		Ім'я:	
Адреса дитини	Street Address	City	State	Zip
Дата народження				
Стать	<input type="checkbox"/> Хлопець		<input type="checkbox"/> Дівчина	
Клас/Вчитель				
Іншомовний	Так	Ні	Рідна мова:	
Батьки/опікуни:			Відношення:	
Телефон:			E-mail:	
Батьки/опікуни:			Відношення:	
Телефон:			E-mail:	

УЧАСТЬ: Програма Bridges After-School доступна для усіх бажаючих учнів, але в порядку черги. Учні що відвідують програму повинні дотримуватися всіх правил і постанов, перелічених нижче. Батьки / Опікуни повинні відвідати інформаційну зустріч на початку навчального року.

ВІДВІДУВАННЯ: Учні зобов'язані відвідувати програму Bridges After-School щодня і брати участь у роботі програми. Заняття проходять, як мінімум 3 години і тривають до 6:00 PM. Якщо учень відсутній, батьки зобов'язані повідомити про це персоналу програми Bridges, на додаток до того, що вони повідомили про пропуск у школу. 10 пропусків по неповажній причині будуть визначені як порушення контракту і учня можуть виключити із програми. Учні можуть тільки бути звільнені раніше під кінець програми, згідно з постановою Bridges After-School Early Release Policy.

ЗВІЛЬНЕННЯ УЧНІВ: Учнів необхідно забирати після закінчення програми Bridges After-School вчасно. Якщо учня не забрали, то персонал програми буде телефонувати батькам / опікунам або вказаним особам у контактах. Учень може бути виключений з програми, якщо батьки не заберуть його / її вчасно три рази по закінченню занять Bridges After-School.

ДИСЦИПЛІНА: Всі учні повинні виконувати правила округу San Juan і додаткові правила програми Bridges After-School. **Груба, неповажна поведінка по відношенню до інших учнів, послужить причиною до виключення учня з програми.** Працівники програми Bridges After-School повідомлять вам і попросять вашої допомоги якщо будуть проблеми з поведінкою учня. Ми заохочуємо батьків / опікунів обговорити поведінку учня з координатором програми Bridges After-School Site.

***ПЕРСОНАЛ ПРОГРАМИ BRIDGES AFTER-SCHOOL НЕ ДОЗВОЛИТЬ НАСИЛЬСТВА, ВЖИВАННЯ НАРКОТИКІВ, РАСОВОГО ПРИНИЖЕННЯ, СЕКСУАЛЬНЕ ПРИНИЖЕННЯ, І НІЯКИХ ПРИНИЖЕНЬ ПО ВІДНОШЕННЮ ДО ІНШИХ. У РАЗІ ВИНИКНЕННЯ ОДНІЄЇ З ПЕРЕРАХОВАНИХ СИТУАЦІЙ, ВІДРАЗУ БУДУТЬ ПРИЙНЯТІ ДИСЦИПЛІНАРНІ ПОКАРАННЯ З НАСТУПНИМ ВИКЛЮЧЕННЯМ З ПРОГРАМИ.**

Я прочитав / ла і зрозумів усю інформацію. Я погоджуюся з умовами і правилами програми Bridges After-School і допоможу моїй дитині дотримуватися цих постанов.

По умовам фінансування програми ми повинні збирати і повідомляти статистичну інформацію про учнів на програмі. Оцінювачі дотримуються практики анонімності, тому ніяка інформація про конкретних дітей не повідомляється. Ім'я та прізвище батьків, студентів, інші ідентифікаційні дані, будуть зберігатися анонімно і не будуть розголошені в будь-якому надрукованому звіті у рамках досліджень.

Підписуючи цю форму для зарахування на програму Bridges After-School, я зрозумів зміст цього документа і даю згоду збирати і повідомляти статистичну інформацію.

Підпис батьків/опікунів: _____ **Дата:** _____

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 _____

White copy for site, Yellow copy for office, Pink copy for parent



**San Juan Unified School District
Bridges After-School Program
Інформація на непередбачений випадок 2016-17**

Ukrainian



Повне ім'я дитини _____ Дата народження _____

Дом. телефон _____ Мобільний тел. _____ Інший телефон _____

Адреса _____ Дитина мешкає із: _____

Батьки/опікуни _____ Відношення _____

Працедавець _____ Робочий телефон _____

Батьки/опікуни _____ Відношення _____

Працедавець _____ Робочий телефон _____

Інформація на непередбачений випадок: Учень може піти з занять тільки з дозволу батьків або письмової згоди з підписом батька / опікуна чи особи, вказаної нижче. Якщо ваша дитина потрапила в непередбачену ситуацію і немає можливості додзвонитися до батьків / опікунів, вказані люди зможуть забрати дитину з програми, але вони повинні бути не молодше 16 років. *Батьки / Опікуни повинні повідомляти інформацію про будь-які зміни до школи..*

КОНТАКТИ НА НЕПЕРЕДБАЧЕНИЙ ВИПАДОК: (як мінімум дві особи)

ІМ'Я	СІМЕЙНЕ ВІДНОШЕННЯ	ДОМ. ТЕЛЕФОН	МОБ. ТЕЛЕФОН
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Батьки/опікуни повинні позначити наступне

О 1. У непередбаченій разі, коли не можна зв'язатися з батьками / опікунами, я дозволяю шкільного персоналу зробити все необхідне щоб моя дитина отримала медичну допомогу, включаючи транспортування на їх розсуд. Я уповноважую лікаря надати всю необхідну допомогу. У випадку коли лікар недоступний, я дозволяю іншому дипломованому лікарю надати всю необхідну допомогу. Я зобов'язуюся оплатити всі пов'язані з цим витрати.

О 2. Я не вибираю вищевказані умови і прошу, щоб при непередбаченій випадку було зроблено наступне:

Ім'я лікаря: _____ Телефон: _____

Медична страховка: _____ ID#: _____

ЗІР: носить окуляри носить лінзи повинні бути на учневі увесь час потребує спеціальне розміщення у класі

Дата останньої перевірки _____

СЛУХ: має проблеми із слухом має слухову трубку має слуховий апарат потребує спеціальне розміщення у класі

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: 1. Стан здоров'я: астма епілепсія непритомність діабет гіперактивність (ADHD) мігрені

захворювання серця алергії _____ алергічна реакція на укуси бджіл (опишіть): _____ Інше _____

2. Ліки які приймає: _____ Теперішня доза: _____

Від (діагноз) _____ Прописано доктором. _____ Телефон _____

3. Стан здоров'я, що обмежує участь у школі ні так (поясніть): _____

4. Має особі потреби ні так (поясніть): _____

“Я дозволяю передачу медичної інформації моєї дитини 1. Округом медичним установам і страховому агенту, і 2. Округом моєму страховому агенту, як необхідно для процесу оплати рахунку або передачі в офіс MediCal для оплати. Передана інформація буде обмежена тільки медичною документацією.”

Підпис батьків/опікунів _____ Дата _____

Ім'я друком _____ Відношення _____

Школа відвідування	Школа:	Клас:	Student ID номер:	
Ім'я та прізвище дитини	Прізвище:	Ім'я:		
Адреса	Street Address	City	State	Zip
Батьки/опікуни:		Сім. відношення:		
Телефон:		Email:		

Реєстраційна плата:

Оплата за участь в програмі:

- \$30 оплата за навчання після підтвердження реєстрації (гроші не повертаються)
- Оплата враховує скорочений день у четвер, та усі інші скорочені дні.
- Ми врахували усі вихідні дні та скорочені дні (включно святкові дні).
- Оплату потрібно зробити до 10^{го} числа кожного місяця (Вересень-Травень).
- Регулярно щомісячна оплата буде визначатись по шкалі прибутку для учнів які мають пільгове харчування (безкоштовне або по зниженим цінам).

	Визначить відповідну суму	Прохання про стипендію
Шкала оплати	<input type="checkbox"/> \$50 за місяць - Моя дитина не отримує пільгового харчування (безкоштовно або із знижкою).	<input type="checkbox"/> Я не маю можливості оплатити усю суму або частково, тому я зателефоную за номером 971-5933 у строк 5 днів після подачі цієї заяви для отримання стипендії. <input type="checkbox"/> Ми встановили домовленість про стипендію на 2015-16 навчальний рік яка покрила витрати і я хочу знов мати таку угоду на 2016-17 навчальний рік.
	<input type="checkbox"/> \$40 за місяць – Моя дитина отримує харчування із знижкою.	
	<input type="checkbox"/> \$30 за місяць - Моя дитина отримує безкоштовне харчування	

Оплата чеком або money order:

- Чеки та money orders потрібно виписувати на San Juan Unified School District, написавши ім'я вашої дитини на назву школи, у лінії memo. Надсилайте за адресою: [Bridges After-School Programs/ San Juan Unified School District, 3738 Walnut Ave., Carmichael, CA 95608](mailto:Bridges After-School Programs@sanjuanunified.org)
- Ви можете занести оплату в регіональні офіси 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 H7, 725-6499
- **Оплата не приймається у школах де надаються послуги.**

Оплата кредитною картою:

- Оплату картками Visa або MasterCard можна зробити в Інтернеті: www.myschoolbucks.com.

Штраф за пізню оплату:

- Якщо не буде отримана оплата через 5 після останнього дня строку оплати, накладається штраф \$25.

Не достатньо коштів (NSF):

- Чеки які будуть повернені банком додають \$25 штрафу. Потрібен money order для оплати повернених чеків.
- Ми не будемо приймати чеки, якщо банк поверне другий чек за несплату.

Відповідальність: Я прочитав та погоджуюсь із планом оплати програми.

Підпис батьків/опікунів: _____

Дата: _____