

家長許可書和發放學生及學生資料

屋崙聯合校區

ASES/ELO-P/或 21 世紀小學和中學擴展學習計劃

我允許我的子女參與 2023-24 年度_____之擴展學習計劃。

學校名稱：_____ 學生編號：_____

學生姓名 _____ 年級 _____ 出生日期 _____

在家裡說的語言：_____

家長 / 監護人姓名 (請以正楷書寫) _____ 簽名 _____ 今天日期 _____

住宅地址 _____ 城市 _____ 郵區 _____

住宅電話

辦公電話

行動電話

電郵地址

學生健康資料

貴子女有否醫療保險？ ___ 有 ___ 沒有

醫療保險機構名稱 _____ 保單 / 保險# _____ 投保人姓名 _____

子女的醫生姓名 _____ 電話 _____

緊急聯絡資料

如有緊急事故，請聯絡：

姓名 _____ 關係 _____ 電話：辦公/住宅/行動 _____

姓名 _____ 關係 _____ 電話：辦公/住宅/行動 _____

不重複的學生

我透露我的子女符合以下一項或多項未重複的標準。所有資料都是保密的，不會與外部機構分享。

- 免費或減價校餐 (FRPM)，
- 寄養
- 移民
- 無家可歸
- 英語學習者



家長 / 監護人簽名

日期

健康

請選出貴子女有任何下列健康狀況：

健康狀況	藥物
<input type="checkbox"/> 嚴重過敏，請列出_____	<input type="checkbox"/> 學生在校有 EpiPen® 針
<input type="checkbox"/> 哮喘	<input type="checkbox"/> 學生在校有吸入器
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 學生在校有藥物
<input type="checkbox"/> 癲癇	<input type="checkbox"/> 學生在校有藥物
<input type="checkbox"/> 鐮刀型紅血球疾病	<input type="checkbox"/> 學生在校有藥物
<input type="checkbox"/> 囊腫性纖維化	<input type="checkbox"/> 學生在校有藥物
<input type="checkbox"/> 其他狀況：_____	<input type="checkbox"/> 學生在校有藥物

可能重要的病歷：_____

列出任何過敏：_____

在上課期間需要服用的藥物：_____

在擴展學習期間需要服用的藥物：_____

特別調節：_____

2

特別指示

所有患有哮喘、糖尿病和嚴重過敏症的學生都應在擴展學習計劃職員中獲取緊急藥物，以應對哮喘發作、低血糖或過敏反應以及由你和你的醫生簽署的醫療管理計劃（糖尿病、嚴重過敏或哮喘行動計劃）。擴展學習計劃職員將需要貴子女服用的藥物。

有關更多資料，請諮詢貴校護士/健康服務。

授權提供治療給未成年兒童

我允許暑期及下午充實計劃職員管理我子會在擴展學習計劃期間可能需要的藥物。

我授權擴展學習計劃職員提供和/或獲取緊急醫療，這可能是我子女擴展學習計劃期間可能需要的。

日期: _____ 家長及監護人簽署: _____

姓名 (正楷填寫): _____

貴子女是否有視力問題? _____

你是否曾獲通知有關貴子女有視力困難? _____

貴子女是否應該帶眼鏡? _____

解除責任

我明白擴展學習計劃的性質和參與是自願。我明白屋崙聯合校區不會就參與擴展學習計劃而導致的任何損失、損壞、疾病、或人體受傷或財物負責，包括但不限於參加與擴展學習計劃相關或由其組織的任何體育活動或體育運動。我特此解除及免除屋崙聯合校區及其官員、僱員、擴展學習計劃而導致的任何和所有受傷、生病、死亡、損失或損壞索償，包括但不限於參加擴展學習計劃附屬或組織的任何體育活動或體育運動。



家長 / 監護人簽名

日期

擴展學習計劃勤到政策

我明白我子女應該完全參加課後計劃：

- ❖ 中小學生每天要參與課後計劃，直到下午 6 點，每週總計 15 小時。不規定學生在週一至週五參與或要參與直到下午 6 時。
- ❖ 取錄優先將給予的學生類別如非重複學生（免費或減價校餐 (FRPM) 資格、英語學習者 (EL) 和來自 CALIFORNIA LONGITUDINAL PUPIL ACHIEVEMENT DATA SYSTEM (CALPADS) 的寄養青年數據的學生。
- ❖ 本人明白，對接送授權表的任何更改都必須以書面形式通知課後提供者。

我明白我子女（2 年級或以上）必須每天簽到上學和我子女（適用於高中生）或他/她的家長/監護人都必須每天簽名離後。



家長 / 監護人簽名

日期

發放 / 接領學生政策

作為家長/監護人，我明白若我子女取錄參與擴展學習計劃，這將在下課後立即開始，並將在下午 6:00 結束。除非家長/監護人或下列之一的人士簽署，否則學生將不會從擴展學習計劃發放回家，除非家長/監護人填妥及交回接領學生豁免政策：



家長 / 監護人簽名

日期

當我不能夠接回我子女的時候，我允許擴展學習計劃職員把我的子女發放給：

姓名 / 關係

電話號碼：住宅 / 辦公 / 行動

姓名 / 關係

電話號碼：住宅 / 辦公 / 行動

姓名 / 關係

電話號碼：住宅 / 辦公 / 行動

姓名 / 關係

電話號碼：住宅 / 辦公 / 行動

緊記：請準時在課程指定結束的時間接回貴子女，若貴子女在計劃結束後仍未接回，計劃職員可能規定要向保護兒童協會或執法機關匯報。請注意：三次遲到接貴子女可能會導致他/她被本計劃開除。

允許評估計劃和追蹤學生進度

就 2023-2024 年度的擴展學習計劃，我允許屋崙聯合校區的擴展學習計劃職員審核我子女的學校資料（測驗成績、成績表、勤到記錄和其他表現指標），和輸入我子女的數據入課後計劃的數據庫內作為提供擴展學習計劃目標學術教學支持和評審擴展學習計劃有效性之用。我亦允許擴展學習計劃職員監察我子女的進度和要求我子女自願填寫評估問卷作為計劃有效性之用。我明白，同意披露資料和評估計劃不是參加課後計劃的必要條件，我可以透過通知擴展學習計劃以及隨時向 OUSD 擴展學習計劃辦事處書面撤銷此同意。



家長 / 監護人簽名

日期

發放照片/錄影帶

在貴子女出席擴展學習計劃期間，她/他可能會參與被拍照或錄影的活動；這些照片 / 錄影帶可能會被用作推廣。

我的子女 _____ 可以 _____ 不可以被暑期及下午充實計劃拍照 / 錄影作推廣之用。

我授權屋崙聯合校區或任何得到批准的第三者在子女參與暑期及下午充實計劃活動期間拍照或錄影和在屋崙聯合校區謹慎下編輯或使用任何照片或錄影。我明白我及我的子女沒有法律權利或就錄影而引起的利益，包括經濟利益。我亦同意解除及不會傷害屋崙聯合校區及其批准第三者就使用錄影所引起的所有索償、索求、損害、和責任。



家長 / 監護人簽名

日期

有關費用的特別通知

一些擴展學習計劃可能會按比例收取費用，以便為更多學生並提供更多服務。收取家庭費用的計劃將免除或降低有資格享受免費或減價校餐的學生的這些費用。若兒童是無家可歸的青年，如聯邦 McKinney-Vento 無家可歸者援助法案 (42 USC Sec.1143a)、新移民 (難民、庇護者和無人陪伴的未成年人) 所定義的，或者若兒童在寄養中，則計劃不能收取費用。任何符合條件的學生將不會因家庭無法支付課程費用而被拒絕參加這計劃。

提前發放豁免 (可選)

中小學生

根據 OUSD 提前發放政策，家庭可以出於以下任何原因要求他們子女可從擴展學習計劃中提前發放：

- 相對計劃
- 家庭緊急情況
- 個人家庭情況
- 醫療預約
- 交通
- 社區安全
- 兒童意外
- 安排好的計劃結束
- 其他條件，視情況而定

我要求在下午 _____ 時從擴展學習計劃中提前放學 _____
(請檢查原因)

- 我擔心孩子天黑後獨自回家的安全。
- 過了這個時間我就不能接我子女放學。
- 其他： _____

我特此免除屋崙聯合校區及其官員、僱員、代理和義工因我子女提前離開擴展學習計劃而引起的傷害、疾病、死亡、損失或損害的所有索賠。



家長 / 監護人簽名

日期

領回學生及準在沒有監督下發放學生豁免（可選）

僅適用於12歲及以上的學生

學校： _____

計劃名稱： _____ 學生姓名： _____

年級： _____

學生出生日期： _____

若我在下課時間過後來遲或在暑期及下午充實計劃結束後未能接回我子女：

我授權擴展學習計劃職員在沒有監管下發放我子女回家。

若我下課後來遲或在擴展學習計劃結束後未能接回我子女，我特此免除和解除屋崙聯合校區及其官員、僱員、代理、和義工在沒有監管下，發放我子女回家所引起的受傷、疾病、死亡、損失或損傷的所有賠償要求。



家長 / 監護人簽名

日期

擴展學習計劃，2023年至2024年

請立即將此表格交回擴展學習計劃。多謝！