

Para uso del personal solamente

DISTRICT ID NUMBER									

SCHOOL YEAR									

APLICACIÓN/ACUERDO DEL PROGRAMA DE ANTES Y DESPUÉS DE LA ESCUELA

ESCUELA DE ASISTENCIA: _____

Program Applying for: (check one)			
ANTES DE LA ESCUELA	DESPUÉS DEL HORARIO ESCOLAR		ANTES DEL HORARIO ESCOLAR
Programa de la mañana	Youth Services	Programa Subvencionado	Nombre del Programa
Nombre del Programa _____	Nombre del Programa _____	Nombre del Programa _____	Nombre del Programa _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOLICITANTE (IMPRIMA CLARAMENTE)

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO: MES DÍA AÑO	GRADO
DOMICILIO: NUMERO Y CALLE	APT #	CITY	ZIP CODE

PADRE(S)/ GUARDIÁN(S)

PADRE O MADRE/GUARDIÁN		PADRE O MADRE/GUARDIÁN	
NOMBRE	APELLIDO	NOMBRE	APELLIDO
TELÉFONO (GENERAL)	TELÉFONO (OTRO)	TELÉFONO (GENERAL)	TELÉFONO (OTRO)
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	

CONTACTOS DE EMERGENCIA/ INFORMACIÓN DE ENTREGA DEL ESTUDIANTE (proporcione un mínimo de dos contactos)

#1: PARENTESCO	NOMBRE (PRIMER APELLIDO)	TELÉFONO(S)	DOMICILIO (CALLE, CIUDAD, CÓDIGO POSTAL)
#2: PARENTESCO	NOMBRE (PRIMER APELLIDO)	TELÉFONO(S)	DOMICILIO (CALLE, CIUDAD, CÓDIGO POSTAL)
#3: PARENTESCO	NOMBRE (PRIMER APELLIDO)	TELÉFONO(S)	DOMICILIO (CALLE, CIUDAD, CÓDIGO POSTAL)

• Yo/Nosotros entendemos que el Programa de Antes/Después del horario escolar de Beyond the Bell está disponible para los estudiantes que asisten a una escuela del LAUSD.

• Yo/Nosotros autorizamos al Programa de Antes/Después del horario escolar de Beyond the Bell a ponerse en contacto, y en caso necesario, a dejar salir a mi hijo/a con cualquiera de los individuos enumerados en la sección Información de Contacto en Caso de Emergencia/Permiso de Salida. Los individuos enumerados arriba deben ser mayores de 18 años.

• Yo/Nosotros damos permiso para que mi hijo/a pueda ser fotografiado o grabado. Entiendo que todas las películas o fotos son propiedad única de BASP, y que pueden ser usadas para exhibiciones al público, para dar publicidad al programa, o para materiales impresos publicados por y para Beyond the Bell.

• Yo/Nosotros por la presente damos nuestro consentimiento a revelar información personal e identificable del expediente académico de mi hijo/a bajo la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA por sus siglas en inglés) y autorizo al Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles a revelar dicha información sólo con el propósito y duración necesarios para que mi hijo/a participe en los programas de Beyond the Bell.

• La ley del Programa Educativo y de Seguridad Post Jornada Escolar (ASES, siglas en inglés) del 2002, promulgado por iniciativa estatutaria, establece el Programa Educativo y de Seguridad Post Jornada Escolar para ofrecer servicios a estudiantes en kínder y grado 1 al 9, todos incluidos, en escuelas públicas primarias, secundarias, preparatorias y semiautónomas (chárter). La ley otorga prioridad para matricular en programas antes y después de clases a los estudiantes en secundaria o preparatoria que asistan diariamente. Los educandos identificados por el programa como jóvenes indigentes o en hogares de crianza recibirán prioridad. Los padres o tutores pueden asentar esta información en la siguiente línea.

• Designación del estudiante (por favor marque lo procedente): Jóvenes Indigentes Jóvenes en Hogares de Crianza

• ¿Tiene su hijo/a dificultades físicas, emocionales, y/o de aprendizaje? En caso afirmativo, favor de especificar: _____

• ¿Tiene su hijo/a alergias a algún tipo de comida? En caso afirmativo, favor de especificar: _____

RECONOCIMIENTO

NOMBRE DE PADRE O MADRE/TUTOR (IMPRIMA)	FIRMA DE PADRE O MADRE/TUTOR	FECHA
NOMBRE DE PADRE O MADRE/TUTOR (IMPRIMA)	FIRMA DE PADRE O MADRE/TUTOR	FECHA
NOMBRE DE COORDINADOR (IMPRIMA)	FIRMA DE COORDINADOR	FECHA