Los Angeles Unified School District
BEYOND THE BELL BRANCH
PROGRAMA DE ANTES Y DESPUÉS DEL HORARIO ESCOLAR APLICACIÓN/ACUERDO

Para uso del personal solamente

DISTRICT ID NUMBER

2020-2021

SCHOOL YEAR

ESCUELA DE ASISTENCIA: _____

Programa al que aplica: *(Marque sólo uno)*			
ANTES DEL HORARIO ESCOLAR	DESPUÉS DEL HORARIO ESCOLAR		OTROS PROGRAMAS
Ready-Set-Go! *(RSG)*	**Youth Services**	**Programa Subvencionado** *(ASES/21st CCLC/ASSETs)* **Nombre del programa** LACER Afterschool Programs	**Nombre del programa** _____
☐	☐	☒	☐

ASPIRANTE

IMPRIMA NOMBRE CLARAMENTE *NOMBRE APELLIDO* _____ FECHA DE NACIMIENTO *MES DIA AÑO* _____ GRADO _____

DOMICILIO: *NUMERO Y CALLE* _____ APTO # _____ CIUDAD _____ CÓDIGO POSTAL _____

PADRE(S)/TUTOR(S)

PADRE O MADRE/TUTOR	PADRE O MADRE/TUTOR
IMPRIMA NOMBRE: *NOMBRE APELLIDO*	IMPRIMA NOMBRE: *NOMBRE APELLIDO*
TELÉFONO *(GENERAL)* _____ TELÉFONO (*OTRO*) _____	TELÉFONO *(GENERAL)* _____ TELÉFONO (*OTRO*) _____

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 autorizamos al Programa de Antes/Después del horario escolar de Beyond the Bell (BASP por sus siglas en inglés) 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 BASP.

• 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 BASP.

• 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**