



**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

SCHOOL YEAR

ESCUELA DE ASISTENCIA: \_\_\_\_\_

|   |                                    |   |                                     |
|---|------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <b>Programa al que aplica:</b> <i>(Marque sólo uno)</i> |                                    |   |                                     |
| <b>ANTES DEL HORARIO ESCOLAR</b>                        | <b>DESPUÉS DEL HORARIO ESCOLAR</b> |   | <b>OTROS PROGRAMAS</b>              |
| <b>Ready-Set-Go! (RSG)</b>                              | <b>Youth Services</b>              | <b>Programa Subvencionado (ASES/21<sup>st</sup> CCLC/ASSETS)</b><br>Nombre del programa _____ | <b>Nombre del programa</b><br>_____ |
| <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>            |

**ASPIRANTE (Estudiante)**

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

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

**PADRE(S)/TUTOR(S)**

|                            |                        |                            |                        |
|----------------------------|------------------------|----------------------------|------------------------|
| <b>PADRE O MADRE/TUTOR</b> |                        | <b>PADRE O MADRE/TUTOR</b> |                        |
| IMPRIMA NOMBRE:            | <b>NOMBRE APELLIDO</b> | IMPRIMA NOMBRE:            | <b>NOMBRE APELLIDO</b> |
| 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 |