





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



NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL DISTRITO									
2023-2024									
AÑO ESCOLAR									

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

Programa al que aplica: <i>(Marque sólo uno)</i>					
ANTES DEL HORARIO ESCOLAR		DESPUÉS DEL HORARIO ESCOLAR		OTROS PROGRAMAS	
Ready-Set-Go! (RSG)	Youth Services	Programa Subvencionado (ASES/21 <sup>ra</sup> CCLC/ASSETS)		Nombre del programa	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre del programa Kids 4 College		<input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

**ASPIRANTE**

IMPRIMA NOMBRE CLARAMENTE \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ DÍA \_\_\_\_\_ 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) _____
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 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 Angeles 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 (*charter*). 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 _____