



Los Angeles Unified School District
BEYOND THE BELL BRANCH
BEFORE AND AFTER-SCHOOL PROGRAM
APPLICATION/ AGREEMENT



<i>For Staff Use Only</i>									
District ID Number									
<u>2020-2021</u>									
School Year									

SCHOOL OF ATTENDANCE: _____

Program Applying for: (only check one)			
Before-School	After-School		Other Programs
Ready-Set-Go (RSG)	Youth Service	Grant Funded Program (ASES/21 st CCL/ASSETS Name of Program A WORLD FIT FOR KIDS!	Name of Program _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>

APPLICANT (PLEASE WRITE IN BLUE OR BLACK INK ONLY)

Print Name CLEARLY First M.I. Last Date of Birth Month Day Year Grade

Street Address APT # City Zip Code

PARENT(S)/ GUARDIAN(S)

Parent's/ Guardian's Name				Parent's/ Guardian's Name			
Print Name: First M.I. Last				Print Name: First M.I. Last			
Phone Number (Main)		Phone Number (Other)		Phone Number (Main)		Phone Number (Other)	

EMERGENCY CONTRACT/ RELEASE Information (provide a minimum of two contacts)

#1: Relationship	Name (First Name)	Phone Number(s)	Address (Street, City, Zip Code)
#2: Relationship	Name (First Name)	Phone Number(s)	Address (Street, City, Zip Code)
#3: Relationship	Name (First Name)	Phone Number(s)	Address (Street, City, Zip Code)

I/We authorize the Beyond the Bell Before/After-School Program (BASP) to contact, and if necessary, release my child to any of the above individuals listed as an Emergency Contact/Release Information. The above listed individuals must be 18 years or older.

I/We give my permission for my child to be filmed or photographed. I understand that all film or photos are the sole property of the BASP, and may be used in displays to the public, to publicize the program, or for printed materials published by and/or for the BASP.

I/We hereby consent to the disclosure of personally identifiable information from my child's education records under the Family Educational Rights and Privacy Act and allow for the Los Angeles Unified School District to disclose such information only to the extent and for the duration necessary for my child to participate in BASP programs.

The After-School Education and Safety (ASES) Program Act of 2002, enacted by initiative statute, establishes the After School Education and Safety Program to serve pupils in kindergarten and grades 1 to 9, inclusive, at participating public elementary, middle, junior high, and charter schools. The act gives priority enrollment in after school programs and before school programs to pupils in middle school or junior high school who attend daily. Pupils who are identified by the program as homeless youth or as being in foster care will be given first priority. Parents/guardians may indicate this information below:

Pupil designation (please check if applicable): Homeless Youth Foster Care

Does your child have any physical, emotional, and/or learning difficulties? If so, please specify: _____

Does your child have any food allergies? If so, please specify: _____

ACKNOWLEDGEMENT

Parent's/Guardian's Name (Print)	Parent's/Guardian's Signature	Date
Parent's/Guardian's Name (Print)	Parent's/Guardian's Signature	Date
Site Coordinator's Name (Print)	Site Coordinator's Name (Print)	Date



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



<i>For Staff Use Only</i>									
District ID Number									
<u>2020-2021</u>									
School Year									

ESCUELA DE ASISTENCIA: _____

Programa al que aplica: (Marque solo uno)			
ANTES DEL HORARIO ESCOLAR	DESPUES DEL HORARIO ESCOLAR		OTROS PROGRAMAS
Ready-Set-Go (RSG)	Youth Service	PROGRAMA SUBVENCIONADO (ASES/21 st CCLC/ASSETS NOMBRE DEL PRGRAMA A WORLD FIT FOR KIDS!	NOMBRE DEL PROGRAMA _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>

ASPIRANTE (POR FAVOR ESCRIBA EN TINTA AZUL OSCURA O NEGRA SOLAMENTE)

IMPRIMA NOMBRE CLARAMENTE NOMBRE APELLIDO FECHA DE NACIMIENTO MES DIA AÑO Grado

DOMICILIO: NUMERO Y CALLE APTO # CIUDAD CODIGO POSTAL

PADRE(S)/ TUTOR(S)

PADRE O MADRE/TUTOR			PADRE O MADRE/ TUTOR		
IMPRIMA NOMBRE CLARAMENTE	NOMBRE	APELLIDO	IMPRIMA NOMBRE CLARAMENTE	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)	TELEFONO(S)	DOMICILIO (CALLE, CIUDAD, CÓDIGO POSTAL)
#2: PARENTESCO	NOMBRE (PRIMER APELLIDO)	TELEFONO(S)	DOMICILIO (CALLE, CIUDAD, CÓDIGO POSTAL)
#3: PARENTESCO	NOMBRE (PRIMER APELLIDO)	TELEFONO(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 encaso 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, yque 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 Leyde 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