

| | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| For Staff Use Only | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| DISTRICT ID NUMBER | | | | | | | | | |
| _____ | | | | | | | | | |
| SCHOOL YEAR | | | | | | | | | |

BEFORE AND AFTER SCHOOL PROGRAM APPLICATION/AGREEMENT

SCHOOL OF ATTENDANCE: _____

| | | | | |
|--|--------------------------|-----------------------------|--|--------------------------|
| Program Applying for: (check one) | | | | |
| BEFORE-SCHOOL | | AFTER-SCHOOL | | OTHER PROGRAM |
| Morning Program | Youth Services | Grant Funded Program | | Name of Program |
| Name of Program _____ | Name of Program _____ | Name of Program _____ | | Name of Program _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

APPLICANT (PRINT CLEARLY)

| | | | | | | | |
|----------------|----------------|-----------|----------------|-------|----------|------|-------|
| FIRST NAME | MIDDLE INITIAL | LAST NAME | DATE OF BIRTH: | MONTH | DAY | YEAR | GRADE |
| STREET ADDRESS | | APT # | CITY | | ZIP CODE | | |

PARENT(S)/GUARDIAN(S)

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| PARENT/GUARDIAN NAME | | PARENT/GUARDIAN NAME | |
| FIRST NAME | LAST NAME | FIRST NAME | LAST NAME |
| PHONE NUMBER (MAIN) | PHONE NUMBER (OTHER) | PHONE NUMBER (MAIN) | PHONE NUMBER (OTHER) |
| EMAIL ADDRESS | | EMAIL ADDRESS | |

EMERGENCY CONTACT/RELEASE INFORMATION (provide a minimum of two contacts)

| | | | |
|------------------|-------------------|-----------------|---------------------------|
| #1: RELATIONSHIP | NAME (FIRST LAST) | PHONE NUMBER(S) | ADDRESS (STREET CITY ZIP) |
| #2: RELATIONSHIP | NAME (FIRST LAST) | PHONE NUMBER(S) | ADDRESS (STREET CITY ZIP) |
| #3: RELATIONSHIP | NAME (FIRST LAST) | PHONE NUMBER(S) | ADDRESS (STREET CITY ZIP) |

- I/We understand the Beyond the Bell Before/After School Program is available to students attending an LAUSD school.
- I/We authorize the Beyond the Bell Before/After School Program 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 BTB, and may be used in displays to the public, to publicize the program, or for printed materials published by and/or for BTB.
- 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 BTB 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/GUARDIAN NAME (PRINT) | PARENT/GUARDIAN SIGNATURE | DATE |
| PARENT/GUARDIAN NAME (PRINT) | PARENT/GUARDIAN SIGNATURE | DATE |
| SITE COORDINATOR NAME (PRINT) | SITE COORDINATOR SIGNATURE | DATE |

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 |