



UCLA AfterSchool Program

Los Angeles Unified School District

BEYOND THE BELL BRANCH

PROGRAMA DE ANTES Y DESPUÉS DEL HORARIO ESCOLAR

APLICACIÓN/ACUERDO

email to: maryann@teaching.ucla.edu

Para uso del personal solamente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DISTRICT ID NUMBER

2024-2025

SCHOOL YEAR

ESCUELA DE ASISTENCIA: Girls Academic Leadership Academy

Programa al que aplica: (Marque sólo uno)			OTROS PROGRAMAS
ANTES DEL HORARIO ESCOLAR	DESPUÉS DEL HORARIO ESCOLAR		
Ready-Set-Go! (RSG)	Youth Services	Programa Subvencionado (ASES/21 st CCLC/ASSETs) Nombre del programa <u>UCLA AfterSchool Program</u>	Nombre del programa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ASPIRANTE:

IMPRIMA NOMBRE CLARAMENTE

NOMBRE APELLIDO

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL ASPIRANTE

FECHA DE NACIMIENTO

GRADO

DOMICILIO:

NUMERO Y CALLE

APTO #

CIUDAD

CÓDIGO POSTAL

PADRE(S)/TUTOR(S)

MADRE/TUTOR		PADRE/TUTOR	
NOMBRE	APELLIDO	NOMBRE	APELLIDO
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE LA MADRE		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE	
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 Angeles a revelar dicha información sólo con el propósito y duración necesarios para que mi hijo/a participe en los programas BASP.

¿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 MADRE/TUTOR (IMPRIMA)

FIRMA DE MADRE/TUTOR

FECHA

NOMBRE DE PADRE/TUTOR (IMPRIMA)

FIRMA DE PADRE/TUTOR

FECHA

MaryAnn Szyskowski

MaryAnn Szyskowski

NOMBRE DE COORDINADOR (IMPRIMA)

FIRMA DE COORDINADOR

FECHA