



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

*For Staff Use Only*

<b>DISTRICT ID NUMBER</b>									
_____									
<b>SCHOOL YEAR</b>									

SCHOOL OF ATTENDANCE: Hale Charter Academy

<b>Program Applying for: (Only check one)</b>					
<b>BEFORE-SCHOOL</b>		<b>AFTER-SCHOOL</b>		<b>OTHER PROGRAMS</b>	
Ready-Set-Go! (RSG)	Youth Services	Grant Funded Program (ASES/21 <sup>st</sup> CCL/ASSETS)		Name of Program	
Name of Program _____	Name of Program _____	Name of Program _____		Name of Program _____	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

**APPLICANT(S)**

PRINT NAME CLEARLY	<i>FIRST M.I. LAST</i>	APPLICANT'S EMAIL ADDRESS	DATE OF BIRTH	GRADE
STREET ADDRESS	APT #	CITY	ZIP CODE	

**PARENT(S)/GUARDIAN(S)**

MOTHER'S/GUARDIAN'S NAME		FATHER'S/GUARDIAN'S NAME	
PRINT NAME: <i>FIRST M.I. LAST</i>	PRINT NAME: <i>FIRST M.I. LAST</i>		
MOTHER'S/GUARDIAN'S EMAIL ADDRESS	FATHER'S/GUARDIAN'S EMAIL ADDRESS		
PHONE NUMBER (MAIN)	PHONE NUMBER (OTHER)	PHONE NUMBER (MAIN)	PHONE NUMBER (OTHER)

**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 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.

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**

MOTHER'S/GUARDIAN'S NAME (PRINT)	MOTHER'S/GUARDIAN'S SIGNATURE	DATE
FATHER'S/GUARDIAN'S NAME (PRINT)	FATHER'S/GUARDIAN'S SIGNATURE	DATE
SITE COORDINATOR'S NAME (PRINT)	SITE COORDINATOR'S SIGNATURE	DATE



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

*Para uso del personal solamente*

<b>DISTRICT ID NUMBER</b>									
_____									
<b>SCHOOL YEAR</b>									

ESCUELA DE ASISTENCIA: Hale Charter Academy

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 _____	Nombre del programa _____
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 _____
NOMBRE DE COORDINADOR (IMPRIMA) _____	FIRMA DE COORDINADOR _____	FECHA _____