

**¡GRATIS!**



**¡RELLENA  
UNA SOLICITUD  
HOY!**

# TEAM PRIME TIME ¡PROGRAMA DE VERANO!



## WESTSIDE GLOBAL AWARENESS MAGNET

Abierto a todos los estudiantes actuales de LAUSD (TK - 8)

Fechas: 13 de junio - 28 de julio

(Cerrado el 19 de junio, 3 de julio y 4 de julio)

Horas: 8AM - 6PM



### Programa Diario Gratis Incluye

- Viajes al campo
- Club de cocina
- Pegatinas personalizadas con máquina Cricut
- Torneos de videojuegos
- Visitas de enriquecimiento (Autobús de videojuegos, laboratorios de ciencias, etc.)
- Días de Agua
- Comida diaria
- Academia de Arte y STEM
- Deportes y Recreación

Para inscribirse, complete la solicitud adjunta y devuélvala al Director del sitio de TPT WGAM Site Director - David Trujillo  
david.trujillo@teamprimetime.org



Westside Global Awareness Magnet  
1104 E Anchorage St.  
Marina Del Rey, CA 90292

WGAM teléfono del sitio - (310) 892-3222



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

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL DISTRITO											
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 _____	Nombre del programa _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ASPIRANTE**

IMPRIMA NOMBRE CLARAMENTE *NOMBRE APELLIDO* \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO *MES DIA AÑO* \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_

DOMICILIO: *NUMERO Y CALLE* \_\_\_\_\_ APTO # \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

**PADRE(S)/TUTOR(S)**

PADRE O MADRE/TUTOR		PADRE O MADRE/TUTOR	
IMPRIMA NOMBRE: <i>NOMBRE APELLIDO</i>		IMPRIMA NOMBRE: <i>NOMBRE APELLIDO</i>	
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 (*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