



**GRADOS**  
**TK-8**

**BEYOND THE BELL**  
**PROGRAMAS DE**  
**ENRIQUECIMIENTO DE**  
**VERANO**

**GRATUITO**

**LUNES A VIERNES**

**FECHAS DEL PROGRAMA:**  
**15 DE JUNIO – 24 DE JULIO DE 2026**

**PROGRAMA CERRADO: 19 DE JUNIO Y 3 DE JULIO**

## **ACTIVIDADES**

- Arte y artesanías
- Deportes y juegos
- STEM y actividades prácticas
- Comidas gratuitas
- Ambiente seguro y supervisado

**ESCANEA AQUÍ PARA MÁS**  
**INFORMACION**



¡Nuestro programa de verano es el lugar perfecto para que los niños aprendan, jueguen y crezcan!

**Para uso del personal solamente**

DISTRICT ID NUMBER									
_____									
SCHOOL YEAR									

**APLICACIÓN/ACUERDO DEL PROGRAMA DE ANTES Y DESPUÉS DE LA ESCUELA**

**ESCUELA DE ASISTENCIA:** \_\_\_\_\_

<b>Program Applying for:</b> (check one)			
<b>ANTES DE LA ESCUELA</b>	<b>DESPUÉS DEL HORARIO ESCOLAR</b>		<b>ANTES DEL HORARIO ESCOLAR</b>
<b>Programa de la mañana</b>	<b>Youth Services</b>	<b>Programa Subvencionado</b>	<b>Nombre del Programa</b>
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: <i>MES</i> <i>DÍA</i> <i>AÑO</i>	GRADO
DOMICILIO: NUMERO Y CALLE	APT #	CITY	ZIP CODE

**PADRE(S)/ GUARDIÁN(S)**

<b>PADRE O MADRE/GUARDIÁN</b>		<b>PADRE O MADRE/GUARDIÁN</b>	
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.

El Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles solicita su permiso para reproducir por medios impresos, en audio, visuales o electrónicos actividades de programas educativos en las que su estudiante ha participado. Su autorización nos permitirá usar materiales especialmente preparados para (1) capacitar a los maestros, (2) aumentar la conciencia pública y promover la continuación y mejora de los programas educativos, y/o (3) destacar los logros de los estudiantes y programas educativos incluyendo entre otros la lista de honor, premios de la escuela/distrito, y graduación/culminación, a través del uso de medios de comunicación, exhibiciones, folletos, sitios web, medios sociales, blogs aprobados y publicaciones relacionadas del Distrito.  Sí  No

• 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