



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

Para uso del personal solamente

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

DISTRICT ID NUMBER

2022 - 2023

SCHOOL YEAR

ESCUELA DE ASISTENCIA: _____

Programa al que aplica: Programa Subvencionado (ASES/21st CCLC/ASSETs) Nombre de Programa: **EduCare Foundation**

ASPIRANTE

IMPRIMA NOMBRE CLARAMENTE _____ NOMBRE APELLIDO _____ DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL ASPIRANTE _____ GRADO _____

DOMICILIO: _____ NUMERO Y CALLE _____ APTO # _____ CIUDAD _____ CÓDIGO POSTAL _____

PADRE(S)/TUTOR(S)

PADRE/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)

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

El Programa Escolar Beyond the Bell de Antes/Después de clases (más adelante referido con el nombre de "BASP") en persona o virtualmente está organizado y dirigido por la Fundación EduCare (más adelante referido con el nombre de "EduCare" y operado en la propiedad e instalaciones que pertenece al Distrito Escolar Unificado de Los Angeles(más adelante referido con el nombre "LAUSD"). A cambio de mi participación en BASP, yo confirmo y estoy de acuerdo en mi nombre, mi hijo (a) registrado(a) en BASP y por los miembros de mi familia, del modo siguiente:

Presunción de Riesgo: Existen riesgos inherentes en todos los programas para niños incluyendo en lo particular a la participación en BASP y en las instalaciones LAUSD en las cuales esas actividades tienen lugar, las cuales podrían ocasionar lesiones, pérdida o daño y que podrían ser causados por mí, mi familia o tercero y yo expresamente asumo esos riesgos.

Descargo de Responsabilidad: Yo estoy de acuerdo en liberar de toda responsabilidad a EduCare, sus representantes y directores, consejeros y empleados de cualquier responsabilidad en modo alguno, las cuales puedan presentarse o estén relacionadas con la participación en el programa BASP otros programas de EduCare.

Responsabilidad: En la medida que mi negligencia, imprudencia o acciones deliberadas, de mi hijo(a) registrado en el programa BASP, miembros de mi familia y cualquier otro invitado por los antes mencionados individuos terminen formando parte de una denuncia, pleito legal o gastos de cualquier tipo a EduCare y/o BASP, incluyendo a sus representantes y directores, consejeros y empleados, yo estoy de acuerdo en pagar por todos dichos daños o pérdidas.

Uso de la Imagen: Yo doy autorización a mi hijo a que sea filmado o fotografiado en persona o virtualmente. Yo entiendo que todas las filmaciones o fotografías u otras imágenes digitales o videos son de propiedad exclusiva de EduCare y BASP, y podrían ser utilizadas en exhibiciones públicas, para darle publicidad al programa, o materiales impresos publicados por y/o por EduCare y BASP.

Divulgación de Información Privada: Solamente en la medida y por el período que sea mínimamente necesario para mi hijo participe en los programas BASP y Fundación EduCare, yo por la presente autorizo a divulgar información personalmente identificable contenidos en los registros escolares de mi hijo(a) bajo La Ley de Privacidad y los Derechos Educativos de la Familia y autorizo al Distrito Escolar Unificado de Los Angeles a divulgar tal información.

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 autorizo a EduCare y BASP a contactar, y sí es necesario, entregarle a mi hijo (a) a cualquiera de los individuos anteriormente nombrados, que aparezcan en la lista de los Contactos de Emergencia/ Divulgación de Información. Los anteriormente nombrados individuos deben tener 18 años o ser mayores.

En caso de una emergencia, los empleados de BASP harán todos los esfuerzos de contactar los padres y/ tutores del niño(a) antes que se le comience a hacer cualquier tratamiento. Sin embargo, en cualquier caso, que no podamos contactar a los padres o tutores, Se nos exige que los padres o tutores firmen esta autorización de tratamientos médicos, para que el niño(a) participe en los programas.

YO POR LA PRESENTE AUTORIZO AL MÉDICO U HOSPITAL SELECCIONADO POR LA FUNDACIÓN EDUCARE Y/O EMPLEADOS DE BASP PARA HOSPITALIZAR, GARANTIZAR TRATAMIENTO PARA, Y PARA ORDENAR UNA INYECCIÓN, ANESTESIA, O CIRUGÍA PARA HIJO(A). También queda entendido que el abajo firmante asumirá toda la responsabilidad de cualquiera de los dichos tratamientos, incluyendo el pago de todos los costes.

Interpretación del Acuerdo: Este acuerdo no se interpretará como que va en contra de la parte redactora debido a las leyes establecidas o por cualquier otro motivo. Sí, cualquier disposición de este acuerdo es considerada inválida, ilegal o no ejecutable, la validez, legalidad y aplicabilidad de las restantes disposiciones no deberán ser afectadas o alteradas y cualquier disposición inválida, ilegal o no ejecutable, deberá ser limitada o interpretada en la mínima medida necesaria para subsanar su deficiencia. Yo no estoy bajo presión alguna para firmar este acuerdo y se me ha brindado la oportunidad de analizarlo, con o sin, asesoramiento de abogados que yo mismo haya elegido, antes de firmarlo.

Enmienda: Se entiende que las políticas y condiciones de este acuerdo podrían ser cambiadas y enmendadas, y, que deberé ser informado por escrito de tales cambios con 30 días de antelación. Al elegir continuar con mi participación después de ser informado, yo habré aceptado y estado de acuerdo con tales cambios o enmiendas.

Yo he leído y entendido toda la información incluida en este acuerdo y al firmarlo, estoy de acuerdo en adherirme a sus condiciones. Yo he recibido una copia de este acuerdo.

Este acuerdo y registración es válida del 1 de julio de 2022 al 30 de junio de 2023.

¿Su hijo(a) tiene alguna dificultad física, emocional, y/o dificultades de aprendizaje? Sí es así, por favor especifique:

¿Su hijo(a) padece de alergia algún alimento? Sí es así, por favor especifique:

RECONOCIMIENTO

_____ NOMBRE DE PADRE/TUTOR (IMPRIMA)	_____ FIRMA DE PADRE/TUTOR	_____ FECHA
_____ NOMBRE DE PADRE/TUTOR (IMPRIMA)	_____ FIRMA DE PADRE/TUTOR	_____ FECHA
_____ NOMBRE DE COORDINADOR (IMPRIMA)	_____ FIRMA DE COORDINADOR	_____ FECHA