



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/21<sup>st</sup> 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