LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
BEYOND THE BELL BRANCH-STUDENT AUXILIARY SERVICES

BEYOND THE BELL YS SUMMER DAYCAMP

South Field Office 2060 W. 156th St., Gardena Ca. 90249 (310)515-3010 Fax (310)527-7147

PADRE DE FAMILIA/TUTOR LEGAL

NOMBRE DE LA MADRE/TUTOR LEGAL	NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL
ESCRIBIR CON LETRA DE IMPRENTA: NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO	ESCRIBIR CON LETRA DE IMPRENTA: NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO

CALLE Y NUMERO | APT# | CIUDAD | CODIGO POSTAL

TELEFONO (CASA) | TELEFONO (CELULAR) | TELEFONO (EMERGENCIA) | TELEFONO (OTRO)

SOLICITANTE(s)—**Complete la siguiente información para cada niño que se inscriba y cuyo domicilio sea igual al mencionado arriba:**

NINO 1

ESCRIBIR CON LETRA DE IMPRENTA: NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO | FECHA DE NACIMIENTO | NUMERO DE ID DEL DISTRITO (SOLO PARA USO DEL PERSONAL)

ESCUELA A LA QUE ASISTE | CICLO LECTIVO | GRADO | ESCUELA CORRESPONDIENTE A SU ZONA (SI DIFERENTE A LA QUE ASISTE)

NINO 2

ESCRIBIR CON LETRA DE IMPRENTA: NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO | FECHA DE NACIMIENTO | NUMERO DE ID DEL DISTRITO (SOLO PARA USO DEL PERSONAL)

ESCUELA A LA QUE ASISTE | CICLO LECTIVO | GRADO | ESCUELA CORRESPONDIENTE A SU ZONA (SI DIFERENTE A LA QUE ASISTE)

NINO 3

ESCRIBIR CON LETRA DE IMPRENTA: NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO | FECHA DE NACIMIENTO | NUMERO DE ID DEL DISTRITO (SOLO PARA USO DEL PERSONAL

ESCUELA A LA QUE ASISTE | CICLO LECTIVO | GRADO | ESCUELA CORRESPONDIENTE A SU ZONA (SI DIFERENTE A LA QUE ASISTE)

NINO 4

ESCRIBIR CON LETRA DE IMPRENTA: NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO | FECHA DE NACIMIENTO | NUMERO DE ID DEL DISTRITO (SOLO PARA USO DEL PERSONAL

ESCUELA A LA QUE ASISTE | CICLO LECTIVO | GRADO | ESCUELA CORRESPONDIENTE A SU ZONA (SI DIFERENTE A LA QUE ASISTE)

CONTACTOS PARA CASOS DE URGENCIAS/AUTORIZACION PARA DAR A CONOCER INFORMACION

RELACION O PARENTESCO	NOMBRE(NOMBRE Y APELLIDO)	DOMICILIO(CALLE, CIUDAD, CODIGO POSTAL)	TELEFONO
RELACION O PARENTESCO	NOMBRE(NOMBRE Y APELLIDO)	DOMICILIO(CALLE, CIUDAD, CODIGO POSTAL)	TELEFONO
RELACION O PARENTESCO	NOMBRE(NOMBRE Y APELLIDO)	DOMICILIO(CALLE, CIUDAD, CODIGO POSTAL)	TELEFONO
RELACION O PARENTESCO	NOMBRE(NOMBRE Y APELLIDO)	DOMICILIO(CALLE, CIUDAD, CODIGO POSTAL)	TELEFONO

Con base en la aceptación de mi hijo al Programa YS Summer Day Camp, me comprometo a cumplir con el reglamento del programa. Entiendo además que el incumplimiento de dicho reglamento puede resultar en la expulsión de mi hijo/a del programa.

Yo/Nosotros también autorizo/autorizamos al Programa para el YS Summer Day Camp a contactar, y si es necesario, dejar salir a mi hijo con cualquiera de las personas mencionadas mas arriba como Contactos en Casos de Urgencias. Las personas antes mencionadas deberán ser mayores de 18 años. Se exigirá una identificación al momento en que se permita la salida del niño.

ESCRIBIR CON LETRA DE IMPRENTA:

NOMBRE DEL LA MADRE/TUTOR LEGAL | FIRMA-MADRE/TUTOR LEGAL | FECHA

ESCRIBIR CON LETRA DE IMPRENTA:

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL | FIRMA-PADRE/TUTOR LEGAL | FECHA