



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
NOTIFICACION DE RECERTIFICATION
EEC _____



Phone: _____ E-mail: _____

Nombre de la Madre/Tutor Legal (A)	Nombre del Padre/Tutor Legal (B)
------------------------------------	----------------------------------

Nombre del Nino(s): _____
 EESIS FID #: _____

Estimado Padre/Tutor Legal:

Es tiempo de recertificar la elegibilidad y necesidad de su familia para que usted pueda continuar recibiendo los servicios de Educación Temprana de su niño(s).

Usted tiene una cita el día _____ a las _____ AM / PM

Favor de traer todos los documentos requeridos ese día, y tener 30 minutos libres para verificar la información, y revisar con usted las pólizas y procedimientos de nuestro programa. Si usted no se presenta a su cita, procederemos a inscribir a la siguiente familia en nuestra lista de espera. Si usted no trae estos documentos requeridos en el día indicado arriba, nosotros estamos obligados por el Título 5 Sección 18102 y 18103 de terminar los servicios de Educación Temprana.

Por favor ayúdenos a evitar este próximo paso.

USTED DEBERA TRAER:

(LAUSD SECTION)

Proof of Eligibility/Need:

		Received COMPLETE	Scanned to EESIS
☐	Tarjeta de Información de Emergencia (Mínimo 3 nombres, direcciones y números de teléfonos de personas autorizadas para recoger a su hijo/a en caso de emergencia, mayores de 18 años) Necesitamos una copia de la identificación con fotografía de cada persona autorizada <u>01/14</u>	☐	
☐	Dos talones recientes del cheque de trabajo de cada padre/tutor legal.	☐	☐
☐	Verificación de empleo y salario firmada por el empleador – Form 83.56 <u>04/19</u>	☐	☐
☐	Verificación de la escuela en donde completo su entrenamiento – CD 9605 <u>01/15</u>	☐	☐
☐	Verificación de Incapacidad firmada por su doctor – CD 9606 <u>06/08</u>	☐	☐
☐	Formulario de Servicios de Protección completada por la agencia 83.66 <u>06/19</u>	☐	☐
☐	Acuerdo de Busca de Empleo <u>04/18</u>	☐	☐
☐	Dos Copias de sus más recientes CALWORKS cheques o Notificaciones de Acción.	☐	☐
☐	Verificación de Residencia.	☐	☐
☐	Manual Para Los Padres del Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles (Llenar y firmar formas) <u>SY 20-21</u>	☐	
☐	Examen físico reciente LIC 701 <u>08/08</u> / Forma de Declinacion Para Examen Fisico <u>05/18</u>	☐	
☐	Tarjeta de Inmunizaciones (vacunas) para el niño que esta registrando <u>01/19</u>	☐	
☐	If applicable: Verification of Other Care Providers Form 84.26 <u>03/19</u>	☐	☐
☐	Cuestionario sobre la Reidencia Estudiantil <u>07/19</u> y Encuesta Familiar para Migrantes <u>10/18</u> y Almacenamiento Seuguro de Armas- Formulario de Confrimacion <u>09/19</u>	☐	
☐	Otro: _____	☐	

Gracias por su ayuda y cooperación.

Sinceramente,

 Director/a del Centro

Yo comprendo que si fallo en proveer la información requerida los servicios de Educación Temprana serán terminados.

 Firma del Padre / Guardián

 Fecha



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT

EEC _____

Phone: _____ E-mail: _____



This document should be included in the family file.

FOR LAUSD USE ONLY

CASE NOTES

FOR LAUSD USE ONLY

EESIS ID# _____ Parent/s Name _____ Room # _____

Child Name _____ Birthday _____ Program ☐ CCTR ☐ CSPP

CONTRACT SIGNATURES

- Notice of Action (CD7617) – with Parent initial or receipt of certified mail and Principal signature
- CD 9600 page 1 & 2 – with proper box checked, dated, initialed (Single Parent) and Signed by Parent and Principal

COMPLETE

SCANNED
TO EESIS

☐

☐

☐

☐

This document should be included in the family file.



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES

FORMULARIO ESTUDIANTIL DE INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS

Español

Información para Padres: Favor de llenar este formulario por completo y firmar en la sección indicada. En caso de una emergencia grave las normas del distrito escolar requieren mantener a los alumnos en la escuela por su seguridad. El personal escolar usará este formulario cuando los alumnos sean permitidos volver a casa. Favor de llenar electrónicamente o con letra de molde clara y entregar el formulario completo en la escuela.

APELLIDO DEL ALUMNO				NOMBRE				INICIAL	
FECHA DE NACIMIENTO		☐ Masc. ☐ Femen.		GRADO		IDIOMA QUE SE HABLA EN CASA			
DOMICILIO DEL ALUMNO – Número		CALLE				APT #		CIUDAD	
DOMICILIO POSTAL -- Número (SI DIFIERE AL DE ARRIBA)		CALLE				APT #		CIUDAD	
APELLIDO DEL PADRE/TUTOR LEGAL		NOMBRE				PARENTEZCO AL ALUMNO		VIVE CON EL ALUMNO ☐ Sí ☐ No	
DIRECCIÓN DEL TRABAJO		CALLE				CIUDAD		CÓDIGO POSTAL	
Números telefónicos de contacto		Indicar a qué número llamar para cada tipo de mensaje:				CORREO ELECTRÓNICO:			
HOGAR		EMERGENCIA		☐ Hogar ☐ Celular ☐ Trabajo					
CELULAR		ASISTENCIA		☐ Hogar ☐ Celular ☐ Trabajo					
TRABAJO		INFORMACIÓN GENERAL		☐ Hogar ☐ Celular ☐ Trabajo					
MSG. DE TEXTO		☐ Autorizo que se me envíen mensajes de texto y entiendo que los cobros derivados son responsabilidad mía.							
APELLIDO DEL PADRE/TUTOR LEGAL		NOMBRE				PARENTEZCO AL ALUMNO		VIVE CON EL ALUMNO ☐ Sí ☐ No	
DOMICILIO – número		CALLE				CIUDAD		CÓDIGO POSTAL	
Números Telefónicos de Contacto		Indicar a qué número llamar para cada tipo de mensaje*				CORREO ELECTRÓNICO:			
HOGAR		EMERGENCIA		☐ Hogar ☐ Celular ☐ Trabajo					
CELULAR		ASISTENCIA		☐ Hogar ☐ Celular ☐ Trabajo					
TRABAJO		INFORMACIÓN GENERAL		☐ Hogar ☐ Celular ☐ Trabajo					
MSG. DE TEXTO		☐ Autorizo que se me envíen mensajes de texto y entiendo que los cobros derivados son responsabilidad mía.							
Al director: En caso de no localizarme durante una emergencia, le autorizo a contactar y, de ser necesario, entregarle a mi niño a cualquiera de las siguientes personas:									
NOMBRE		PARENTEZCO		TEL. DEL HOGAR		TEL. DE CELULAR		TEL. DEL TRABAJO	
NOMBRE		PARENTEZCO		TEL. DEL HOGAR		TEL. DE CELULAR		TEL. DEL TRABAJO	
NOMBRE		PARENTEZCO		TEL. DEL HOGAR		TEL. DE CELULAR		TEL. DEL TRABAJO	
Incluir cualquier otro miembro de la familia que asista a esta escuela:									
APELLIDO		NOMBRE		SALÓN PRINCIPAL		GRADO ESCOLAR		PARENTEZCO	
APELLIDO		NOMBRE		SALÓN PRINCIPAL		GRADO ESCOLAR		PARENTEZCO	
FAMILIA CON NEXOS MILITARES: A fin de proporcionar recursos y apoyo a alumnos y a sus familias con nexos militares, favor de contestar las siguientes secciones:				Miembro directo de la familia en el ejército (servicio activo, en la Guardia nacional, Reservas, veterano): ☐ Sí ☐ No Parentesco con el alumno _____		Desplegado actualmente: ☐ YES ☐ NO Rama militar: _____ Estatus: ☐ Servicio Activo; ☐ Guardia; ☐ Reservas; ☐ Veterano; ☐ Occiso			
AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA									
El abajo firmante, como padre/tutor legal de: _____								menor de edad,	
<i>(Escribir el nombre del alumno con letra de molde)</i>									
por medio del presente autoriza al director o persona designada, habiéndosele encomendado el cuidado del alumno, a acceder a cualquier análisis con radiografía, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, tratamiento y/o atención en hospital para el alumno, según lo especifique un médico acreditado y/o dentista. Estoy al tanto de que esta autorización se extiende antes de cualquier diagnóstico, tratamiento o atención en hospital necesaria y otorgo la autoridad y facultad al Distrito Escolar Unificado de Los Angeles ("Distrito") de dar consentimiento a todo y cualquier diagnóstico, tratamiento, o atención en hospital con un médico acreditado o dentista conforme se determine necesario. Esta autorización se extiende de acuerdo con el Artículo 49407 del Código de Educación de California, y seguirá en vigencia hasta que se revoque por escrito y dicha revocación se entregue al Distrito. Entiendo que el Distrito, sus funcionarios y empleados no asumen responsabilidad de cualquier índole en relación con el transporte del alumno. También estoy al tanto de que el costo de transporte de paramédicos, hospitalización, análisis, radiografías, o tratamiento que se proporcione en relación con esta autorización será responsabilidad exclusivamente mía, como padre/tutor del alumno.									
ALERTA DE SALUD – Incluir cualquier condición médica del alumno que limite actividad física o requiera atención especial. Incluir condiciones tales como asma y alergias (por ejemplo: a la crema de maní, o picaduras de abeja). Si el alumno no presenta ninguna condición indicar "ninguna".									
INDICAR SI EL ALUMNO TIENE SEGURO MÉDICO (Marcar uno) ☐ Sí ☐ No Si respondió "Sí" Indique: ☐ Seguro médico Particular ☐ Medi-Cal ☐ Healthy Families									
# de miembro MEDI-CAL / HEALTHY FAMILIES: _____									
1. SEGURO MÉDICO PARTICULAR		GRUPO #		1. SEGURO MÉDICO PARTICULAR		GRUPO #			
NOMBRE DEL DOCTOR/ CLÍNICA				NOMBRE DEL DOCTOR/ CLÍNICA					
*Si el alumno actualmente no tiene seguro médico, para información sobre programas gratuitos o a precios módicos, llame sin costo alguno a la LINEA DE ASISTENCIA del Distrito al : 1(866)742-2273.									
MI HIJO ES ALÉRGICO A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS: : _____									
MI HIJO ACTUALMENTE TOMA LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS: _____									
HAGO CONSTAR QUE LEÍ Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO Y OTORGO MI AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA, Y QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÉ EN ESTE FORMULARIO ES VERDICA Y CORRECTA.									
X FIRMA DE: _____ (MARCAR UNO) ☐ PADRE ☐ TUTOR LEGAL PERSONA A CARGO DEL CUIDADO (DECLARACIÓN JURADA)								FECHA _____	

* El número telefónico seleccionado debe ser línea de marcado directo (no extensiones)

Corregido mayo 2014

APELLIDO DEL ESTUDIANTE

NOMBRE

S.N.

FORMULARIO ESTUDIANTIL DE INFORMACION PARA EMERGENCIAS

El director: En caso de no localizarme durante una emergencia, le autorizo a contactar y, de ser necesario, entregarle a mi niño a cualquiera de las siguientes personas:

#	<u>Nombre</u>	<u>Parentezco</u>	<u>Tel. del Hogar</u>	<u>Tel. de Celular</u>	<u>Tel. del Trabajo</u>
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

HAGO CONSTAR QUE LEI Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO Y OTORGO MI
AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA, Y QUE TODA LA
INFORMACION QUE PROPORCIONE EN ESTE FORMAUULARI ES VERIDICA Y CORRECTA.

FIRMA DE PADRE/TUTOR LEGAL

FECHA



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES
Early Childhood Education



VERIFICACION DE EMPLEO

SECCION DEL PADRE/GUARDIAN:

La ley estatal de California (5 CCR 18084) requiere que familias quien reciben servicios del programa de Educación Preescolar de LAUSD documenten sus ingresos en total. Yo consiento proporcionar más talones de cheque u otros registros de sueldo. Autorizo a mi empleador de liberar la información siguiente al programa de educación preescolar nombrada arriba. También autorizo el programa de educación preescolar para ponerse en contacto con mi trabajo para verificar cualquier información indicada en esta forma.

Padre/Nombre de Empleado

Firma de Padre/Empleado

Fecha

SECCION DE EMPLEADOR: *Por favor complete y regrese la forma a la locación mencionada arriba.*

Empleador _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ Horas de Negocio: _____

Posición del Empleado /Departamento: _____ Fecha de Empleo _____

Como es pagado el empleado? ☐ Semanal ☐ Cada 2 Semanas ☐ Dos Veces al Mes ☐ Cada 4 semanas ☐ Mensual

Pagado con: ☐ Efectivo ☐ Cheque **GANANCIAS BRUTAS** Por Período de Pago: _____

Numero de Horas Empleadas por Semana _____ Salario por hora \$ _____ *Posibilidad de?*
☐ Propinas ☐ Horas Adicionales

DIAS Y HORAS DE EMPLEO

HORAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
DE:							
A:							

Si es que trabaja un horario variable, por favor marque uno: ☐ Dias Varean ☐ Horas Varean ☐ Dias y Horas Varean
Porfavor Explique: _____

Nombre de Empleador/Titulo

Firma del Representante del Empleador

Fecha

LAUSD SECTION:

Travel time requested ☐ 30 minutes ☐ 60 minutes

Student's Name: _____ Family ID: _____

Means of verification: _____

Notes: _____

Verified By: _____ Date: _____



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES
PROGRAMA DE EDUCACION PREESCOLAR
AUTO-CERTIFICACIÓN DE INGRESOS



SECCION DE PADRES:

Nombre del Padre: _____ # de Familia: _____

Nombre del Niño/a: _____

1. La auto-certificación de ingresos de empleo es solicitada por la siguiente razón:

- ☐ El Programa de Educación Preescolar solicita que yo complete esta forma porque mi empleador se ha negado de proporcionar mi información de empleo.
- ☐ Yo pido que mi empleador no sea contactado para verificar mi empleo por la razón de que podría poner en riesgo mi empleo.
- ☐ No tengo talones de cheque, recibos, u otra documentación de empleo.
- ☐ Otro _____

EMPLEADOR	
Primer día de Empleo:	
Tipo de Trabajo:	
Tarifa de pago: (\$ ____ por ____)	\$
Con que frecuencia es pagado? (Semanal, mensual, etc.)	
Pagado Por: (En Efectivo, Cheque)	
Horario de su Trabajo: (____ AM - ____ PM)	
Días que trabaja a la semana: (Lun. - Vier.)	
Total de sus ingresos el mes :	\$

2. Auto-certificación de ingresos que no son de empleo cuando ninguna documentación es posible:

Que Tipo?		
Cantidad?		
Con que frecuencia?		
Porque?		

Declaro bajo la pena del perjurio que la susodicha información es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento. Entiendo que pueden pedirme que yo documente mis actividades cada semana.

Firma del Padre

Fecha

LAUSD SECTION:

Notes: _____

Assessed By: _____

Date: _____



California Department of Education
Early Education and Support Division
Form EESD-9605 (January 2015)



Training Verification –Parent or Caretaker Attending School or Receiving Training

Date				
Agency Name, Street Address, City, ZIP Code, and Phone Number	Parent Name, Street Address, City, ZIP Code, and Phone Number Signature _____			
Training/Education Information				
Profession/Vocational Goal (Not Academic Goal) (E.g. Vocational Goal is to become a teacher.) (E.g. Academic Goal is to obtain Degree or Certificate)				
Name of School or Organization where training/education is received	Phone Number			
Street Address, City, Zip Code	Anticipated Completion Date for Training/Education			
Date this Term Began	Date this Term Ends			
Complete One of the Following				
☐ Attached is the parent's course printout form from the training institute. or ☐ Below is the parent's class schedule with the signature and stamp of the Registrar's office.				
Class Schedule (if applicable)				
Day	Time	Room #	Course Name	Units
Signature and Stamp of Registrar of School/Organization				
Date of Signature and Seal				

STATEMENT OF PARENTAL INCAPACITY

Please print or type information.

PART I – To be completed by the authorized agency representative and the incapacitated parent. By signing this form and for the purpose of verifying my incapacity to care for the family's children as it relates to the family's eligibility for subsidized child care and development services, I authorize and request the health professional named in Part II to release the information requested to the agency identified below. I further authorize the health professional to discuss this Statement of Incapacity with the agency in order for the agency to verify, clarify, or complete it. I understand the health professional may also require that I complete his or her own release form prior to providing the information requested below.							
NAME OF PARENT/CARETAKER		SIGNATURE OF PARENT/CARETAKER		DATE			
FIRST NAME AND AGE OF THE CHILD(REN) FOR WHOM FINANCIAL ASSISTANCE FOR CHILD CARE IS BEING REQUESTED:							
1.		2.		3.		4.	
AGENCY			AUTHORIZED AGENCY REPRESENTATIVE (Please print.)			TELEPHONE NUMBER ()	
ADDRESS				CITY		ZIP CODE	

PART II – To be completed by the licensed health professional. For the family to be eligible to receive child care and development services under the category of incapacity, the California law requires verification, at least annually, of the physical or mental incapacity of the parent or caretaker that renders the person incapable of caring for or supervising the family's child(ren) without assistance. (See <i>California Code of Regulations, Title 5, §18088.</i>) Your cooperation in completing and returning this form to the agency listed above within 15 days of receipt is requested.										
PATIENT _____ HAS a ☐ physical condition or a ☐ mental health condition that prevents him or her from providing care or supervision for the child(ren) listed above for at least part of the day.			Please indicate the time in a day and the days of the week, not to exceed 50 hours in a week, that the parent is unable to care for or supervise the child(ren).							
			Child care	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday
			Start Time:	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm
			End Time:	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm
PROBABLY DATES OF INCAPACITY From: To:			If the time of day cannot be easily identified in consultation with the patient, please identify the number of hours ☐ and days of the week [M, T, W, T, F, S, S] that services are needed.							

If the parent has a physical/medical condition, please identify the extent to which the parent is incapable of providing care and supervision.

Please sign and submit this form to the agency listed in Part I within 15 days of receipt of this form.

NAME OF LICENSED HEALTH PROFESSIONAL		LICENSE TYPE		LICENSE NUMBER	
SIGNATURE OF LICENSED HEALTH PROFESSIONAL		DATE		TELEPHONE NUMBER ()	
MEDICAL GROUP OR ORGANIZATION WITH WHICH THE PROFESSIONAL IS AFFILIATED, IF ANY					
ADDRESS		CITY		STATE	ZIP CODE



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
EARLY CHILDHOOD EDUCATION DIVISION
CHILD PROTECTIVE SERVICES / AT RISK REFERRAL



Center Name : _____ Email: _____

Address: _____ Phone: (____)-____ Fax: (____)-____

CHILD SECTION

Child(ren) being referred for Early Childhood Education Services:

Child Name: _____ Child Name: _____

Birthdate: _____ Birthdate: _____

Living with: Parent / Guardian Name: _____

Is the child in an out-of-home placement? ☐ Yes ☐ No If yes, child is living with:

☐ Relative - relationship: _____ ☐ Foster Parent ☐ Other (*describe*) _____

Probable duration of services*: _____ Hours care needed: _____

**Not to exceed 12 months for child protective services or child at risk of abuse, neglect or exploitation*

DCFS REFERRAL SECTION *For use by Los Angeles County Department of Children and Family Services only*

- ☐ I certify that the child(ren) is receiving child protective services and child care and development services are a necessary component of the child protective services plan.
- ☐ I also certify that it is necessary to waive any family fee and income information will not be required from the family. Fee exemptions cannot be granted beyond 12 months regardless of whether the child continues to receive child protective services. The 12 month time limit is a cumulative total.
- ☐ If Early Childhood Education services have continued for 12 months, I certify that the family continues to receive child protective services and that child care and development services are part of the case plan.

DCFS Case Number: _____

DCFS Representative Name / Title _____ Signature _____ Date _____

Address: _____ Phone: _____ Email: _____

AT RISK REFERRAL SECTION *For use by all organizations/entities other than DCFS*

- ☐ I certify that I am a legally qualified professional from a legal, medical, social service agency, or emergency shelter and that child care services are required to reduce or eliminate the risk of abuse, neglect or exploitation of the child(ren). I understand that these services are **limited to 12 months**.
- ☐ I also certify that it is necessary to waive any family fee for the 12 months and income information will not be required from the family.

Referring Agency: _____ Case Number: _____

Referring Professional Name / Title _____ Signature _____ Date _____

Address: _____ Phone: _____ Email: _____



**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES
PROGRAMA DE EDUCACION PREESCOLAR
DE ACUERDO BASADA EN BUSCA DE EMPLEO**



SECCION DE LAUSD:

Nombre de Padre/Guardian: _____ Family ID: _____

Fecha actual en busca de empleo: _____

Ley estatal de California (5CCR 18086.5) requiere que la elegibilidad de buscar empleo sea limitada con un máximo de 12 meses.

Usted habrá usado el número máximo de días permitidos el _____. Si para esa fecha usted no ha asegurado empleo, los servicios de desarrollo infantil de su familia pueden ser terminados.

SECCION DE PADRE/GUARDIAN:

1. Por favor marque las actividades que usted usará para buscar activamente el empleo:

- | | |
|--|---|
| ☐ Buscar empleos en el periódico | ☐ Hacer llamadas telefónicas |
| ☐ Utilizar el Internet | ☐ Escribir y enviar mi Curriculum Vital |
| ☐ Solicitar entrevistas en persona | ☐ Aplicar con agencia de empleo |
| ☐ Visitar el centro de colocación de colegio | ☐ Visitar domicilios solicitando trabajo |
| ☐ Ir al Departamento de Desarrollo de Empleo (Oficina de Desempleo) | |
| ☐ Otro _____ | |

2. Por favor indique si le gustaría:

- ☐ Un horario fijo (las mismas horas cada día, limitadas a 30 horas cada semana)
- ☐ Un horario variable (horas variadas basadas en actividades de buscar empleo, limitadas a 30 horas cada semana)

Si le gustara un horario fijo, indique las horas y días de la semana que usted usará para buscar activamente el empleo:

HORAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
DE:					
A:					

Declaro bajo la pena del perjurio que yo estoy en busca de empleo y que la susodicha información es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento. Entiendo que puedo ser pedido documentar mis actividades cada semana. Notificaré el centro inmediatamente si hay algún cambio de mi estado de empleo.

Firma de Padre/Guardian

Fecha



Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles
Autorización de los padres o tutores para la divulgación publicitaria

Estimado(a) padre, madre, tutor o tutora:

El Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles requiere de su permiso para reproducir por medios impresos, auditivos, visuales o electrónicos las actividades en las cuales su hijo(a) ha participado dentro de su programa educativo. Su autorización nos permitirá usar materiales especialmente preparados para: (1) preparar maestros y/o (2) aumentar la diseminación de información al público y promover la continuación y mejoramiento de los programas educativos mediante el uso de los medios masivos de comunicación, exhibidores, folletos, páginas web, redes sociales, foros web de diálogo (blogs) y publicaciones relacionadas con el distrito.

1. Nombre y apellido del (de la) estudiante (escriba por favor en letra de molde)

2. Fecha de nacimiento (escriba por favor en letra de molde)

3. Nombre y apellido del padre o la madre (escriba por favor en letra de molde)

- a. Yo, como padre, madre, tutor o tutora del (de la) alumno(a) antes mencionado(a) doy mi autorización plena y concedo al Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles y a sus representantes autorizados el derecho para imprimir, fotografiar, grabar y editar - según lo desee - la información biográfica, el nombre y apellido, las imágenes, las similitudes, o la voz del (de la) alumno(a) antes mencionado(a), en forma auditiva, en videocintas, en filmes, en diapositivas, en cualquier otra forma electrónica o en formatos impresos que actualmente se desarrollan (se les conoce como "Grabaciones"), para los propósitos antes mencionados y declarados.
- b. Entiendo y estoy de acuerdo en que el uso de tales Grabaciones se dará sin compensación alguna para los estudiantes, sus padres o sus tutores.
- c. Entiendo y estoy de acuerdo en que el Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles o sus representantes autorizados tendrán el derecho exclusivo, el título, el interés e inclusive el derecho de autor de las Grabaciones.
- d. Entiendo y estoy de acuerdo en que el Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles o sus representantes autorizados tendrán el derecho ilimitado para utilizar las Grabaciones para cualquiera de los propósitos declarados o relacionados con lo antes mencionado.
- e. Por la presente exonero de toda responsabilidad civil al Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles y a sus representantes autorizados por la totalidad y cada una de las demandas, reclamos, daños y perjuicios, costos o gastos, incluso los honorarios de los abogados, que presenten los alumnos, sus padres o sus tutores en lo relacionado a lo que se haya suscitado o pudiera surgir por cualquier uso de estas Grabaciones, conforme se especificó antes.

Mi firma muestra que he leído y que entiendo esta exoneración de toda responsabilidad civil, y estoy de acuerdo en aceptar sus disposiciones.

4. Firma del padre, la madre, el tutor o la tutora

5. Fecha en que se firmó

6. Domicilio (Número de la calle, calle, número de apartamento)

7. Ciudad

8. Estado

9. Código postal

10. Teléfono

El conceder su permiso es de carácter voluntario. Sírvase devolver a la escuela el formulario lleno.

11. Director(a)

**formulario aprobado por el
Despacho del asesor jurídico**

12. Escuela

Queda prohibido enmendar este formulario sin la autorización escrita tanto de la Oficina del Asesor Legal General como de la Oficina de Comunicación y Relaciones con Medios.



Los Angeles Unified School District
Early Childhood Education



_____ **EARLY EDUCATION CENTER**

Forma de Declinación Para Examen Físico

Yo, _____, Declaro que soy el padre / madre
Nombre del padre / Tutor legal

de: _____ quien nació _____ .
Nombre del niño/ña (Fecha de Nacimiento)

por este medio en este momento rechazo su solicitud de presentar un físico anual, por el

siguiente motivo:

☐ Médico requerirá que pague para completar la forma. Al solicitar esto es una
dificultad financiera.

☐ No deseo entregar una nueva forma del examen físico.

Escrito el día _____ del mes _____ 20____, en la ciudad
Día Mes

de _____, California.

Firma del Padre / Madre

Fecha