



Joli Ann Elementary School
San Marcos Unified School District

JAG A.M. APPLICATION

2021 – 2022

☐ Continuing JAG A.M. student

☐ New to JAG A.M.

Please enroll all students in the same family on ONE form.

You will be notified when a space is available and your child/children may start.

Please enroll my child/children in the Joli Ann Leichtag Elementary ASES Before School Program, JAG A.M. I understand that my child/children is/are expected to attend the program five days a week for the full duration of the program, 7:00 A.M. to 8:30 A.M. This program is for students in Grades 1– 5.

ATTENTION: Children in Foster Care (or) Homeless will be top priority for placement in this program!

Students should arrive between 7:00AM and 7:25AM.

To comply with program requirements, students must scan in no later than 7:25 A.M.

STUDENT First Name	Last Name	Grade	School Use Only Student ID	School Use Only SSID

Parent / Guardian (1)

Parent / Guardian (2)

First Name		First Name	
Last Name		Last Name	
Relationship		Relationship	
Home Phone		Home Phone	
Cell Phone		Cell Phone	

X _____
Parent Signature Date

X _____
Parent Signature Date

Please return the completed form to the school office. You will be notified when space is available



Joli Ann Elementary School
San Marcos Unified School District

SOLICITUD de JAG A.M.

2021 - 2022

☐ Estudiante continuo a JAG A.M.

☐ Nueva a JAG A.M.

Por favor inscriba a todos los estudiantes que son parte de una misma familia en UNA sola solicitud.
Se le avisará cuando haya cupo.

Por favor inscriba/n a mi/s hijo/s en el programa antes de clases de la Primaria Joli Ann Leichtag ASES, JAG A.M. Yo entiendo que mi/s hijo/s tiene/n que **asistir al programa todos los días** que vengan a clases durante toda la duración de **7:00 A.M. a 8:30 A.M.** Este programa es para estudiantes de los grados 1 - 5.

ATTENTION: Children in Foster Care (or) Homeless will be top priority for placement in this program!

Favor de llegar entre 7:00 y 7:25 A.M.

Los requisitos del programa indican que los estudiantes necesitan escanear antes de las 7:25 A.M.

ESTUDIANTE Primer Nombre	Apellido	Grado	Espacio para la Escuela SSID	Espacio para la Escuela Student ID

Padre / Tutor (1)

Madre / Tutor (2)

Primer nombre		Primer nombre	
Apellido		Apellido	
Parentesco		Parentesco	
Teléfono de casa		Teléfono de casa	
Celular		Celular	

X _____
Firma de padre o madre Fecha

X _____
Firma de padre o madre Fecha

Por favor entregue esta solicitud a la oficina escolar. Se le avisará cuando haya cupo.