

Formulario Para Admision 2019-2020

ESCUELA - ACADEMIA

Sn Rafael (PK-3)

Sn Agustín (4-8)

Sn Adres (PK-8)

Sn Anna (PK-8)

INFORMACION DEL ESTUDIANTE Y FAMILIA

Nombre: _____ Apellido: _____ Edad: _____ Grado Entrante: _____

Dirección: _____
(CALLE) (CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL)

Teléfono: _____ Fecha de Nac: ____/____/____ Genero: M F Seguro Social #: _____

Religión: Católico No Católico Iglesia: _____

Raza: Blanco Negro Asiático Nativo Americano Hispano/Latino
(NOMBRE) (CIUDAD)

PADRE/GUARDIAN

Nombre: _____
(APELLIDO)

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Relación con Estudiante: _____

Trabajo: _____

Ocupación: _____

Religión: Católico No Católico

Estado Civil: _____

Nombre: _____
(APELLIDO)

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Relación con Estudiante: _____

Trabajo: _____

Ocupación: _____

Religión: Católico No Católico

Estado Civil: _____

MADRE/GUARDIAN

Con quien vive el estudiante? Mama Papa Abuelos Guardian Otro: _____

Padres divorciados? SI NO Existen Reglas de Custodia? SI NO

HERMANOS (Si necesita mas espacio, puede escribir atrás de la hoja)

(NOMBRE) (FECHA DE NACIMIENTO) (EDAD) (ESCUELA)

(NOMBRE) (FECHA DE NACIMIENTO) (EDAD) (ESCUELA)

INFORMACION MEDICA

Doctor/Pediatra del Estudiante: _____
(NOMBRE) (TELEFONO)

Doctor/Dentista del Estudiante: _____
(NOMBRE) (TELEFONO)

Hospital de Preferencia: _____
(NOMBRE) (TELEFONO)

Tiene el estudiante alguna alergia, condición médica o toma alguna medicina: SI NO Explique: _____

ESCUELAS DONDE ASISTIO PREVIAMENTE

ESCUELA	CIUDAD	ESTADO	GRADO	MOTIVO DE SALIDA
ESCUELA	CIUDAD	ESTADO	GRADO	MOTIVO DE SALIDA

SACRAMENTOS RECIBIDOS (En la Iglesia Catolica)

Su hijo(a) tiene los Sacramentos de Bautismo: SI NO Reconciliacion: Si NO Comunión: SI NO

Bautismo: _____
FECHA IGLESIA CIUDAD ESTADO

Reconciliación: _____
FECHA IGLESIA CIUDAD ESTADO

Comunión: _____
FECHA IGLESIA CIUDAD ESTADO

CONCENTIMIENTO DE PUBLICACION

Yo, doy el consentimiento de usar las fotos de mi hijo(a) en publicaciones impresas, electrónicas y/o digitales para la escuela y la página de internet. SI NO

SERVICIOS ESPECIALES

Alguna vez ha sido invitado a las reuniones de padres (PPT) SI NO

Para estudiantes en PRE-K o kínder, Alguna vez ha recibido los servicios del programa "Birth to 3"? SI NO

❖ *Esta información es necesaria para que los maestros puedan planear el progreso de tu niño(a). No dar esta información puede detener el proceso y causar que su niño sea referido a este servicio antes de continuar.*

ENCUESTA DE IDIOMA EN CASA

Cuando su niño(a) empezó a hablar, que idioma hablo? _____

Que lenguaje habla usted con su niño(a) _____

Que lenguaje se habla frecuentemente su casa? _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (Otros Además de Padres y Guardianes)

NOMBRE	TELÉFONO	RELACIÓN
NOMBRE	TELÉFONO	RELACIÓN

OTROS

¿Solicita Transporte en Bus? (Solo en Bridgeport) SI NO HORA: Solo Mañana Solo Tarde Ambos

Por favor incluya los siguientes documentos con esta aplicación.

Cuota de Registración Cert. de Nacimiento Cert. de Bautismo Formulario de Reporte

FIRMAS

Yo, Certifico que toda la información proveída está conforme al reglamento y que mi hijo(a) acatará las normas y procedimientos de nuestra Academia Academia de Bridgeport.

PAPA/GUARDIAN _____ Fecha: _____

MAMA/GUARDIAN _____ Fecha: _____