



# Academia Espiritu Santo

Paseo Damisela 1453, Levittown, PR 00949  
Tel. (787) 784-0905 Fax: (787) 795-5418

## HOJA DE MATRÍCULA 2023-2024

NUEVO INGRESO     RE-MATRICULA

NÚM. DE CUENTA: \_\_\_\_\_ FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_

MARCAR EL GRADO A QUE ENTRA: ○PK ○K ○1 ○2 ○3 ○4 ○5 ○6 ○7 ○8 ○9 ○10 ○11 ○12

Escribir en letra de molde la INFORMACIÓN COMPLETA DEL ESTUDIANTE en los espacios provistos:

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Apellido paterno, apellido materno, primer nombre, segundo nombre (si aplica)

Fecha Nacimiento (mes-día-año): \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Seg. Social: XXX-XX- \_\_\_\_\_

Ciudadanía: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_ Parroquia: \_\_\_\_\_

Dirección postal completa: \_\_\_\_\_

Dirección residencial (si es diferente a la postal): \_\_\_\_\_

¿Quién tiene la custodia del estudiante: (Marque todos los que correspondan) \_\_\_\_\_ padre \_\_\_\_\_ madre \_\_\_\_\_ abuelos \_\_\_\_\_ otro: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE LOS PADRES O ENCARGADOS:

Nombre completo del **padre**: \_\_\_\_\_ Ocupación o posición: \_\_\_\_\_

Lugar de trabaja: \_\_\_\_\_ Tel. trabajo: \_\_\_\_\_

Tel. celular: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Nombre completo de la **madre**: \_\_\_\_\_ Ocupación o posición: \_\_\_\_\_

Lugar de trabaja: \_\_\_\_\_ Tel. trabajo: \_\_\_\_\_

Tel. celular: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Estado Matrimonial de los Padres: -Casados -Divorciados -Separados Legalmente -Viudo(a) -Otro: \_\_\_\_\_

En caso de **DIVORCIO O SEPARACIÓN LEGAL** durante el año anterior, favor de presentar una **Resolución de Custodia**.

### INFORMACIÓN DE EMERGENCIA: (Familiares que se puedan llamar en caso de EMERGENCIA que NO sean los padres)

1) Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Tel. celular: \_\_\_\_\_ Tel. trabajo: \_\_\_\_\_

Tel. residencial: \_\_\_\_\_

2) Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Tel. celular: \_\_\_\_\_ Tel. trabajo: \_\_\_\_\_

Tel. residencial: \_\_\_\_\_

El estudiante: ¿tiene hermanos en la Academia? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí (nómbrelos)

1) Nombre: \_\_\_\_\_ Grado (próximo año escolar): \_\_\_\_\_

2) Nombre: \_\_\_\_\_ Grado (próximo año escolar): \_\_\_\_\_

3) Nombre: \_\_\_\_\_ Grado (próximo año escolar): \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE PERSONA RESPONSABLE DE LOS PAGOS DE LA ACADEMIA:

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Tel. Residencial: \_\_\_\_\_ Tel. trabajo: \_\_\_\_\_

Tel. celular: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Dirección postal de facturación: \_\_\_\_\_

Dirección residencial (si es diferente a la postal): \_\_\_\_\_

---

### INFORMACION EXCLUSIVA PARA LA OFICINA DE ENFERMERIA

Si tiene alguna dieta o condición, debe presentar evidencia médica en la Academia. Asimismo, llevar el certificado y dieta al distrito escolar de Toa Baja-Comedor Escolar, si almorzará en el comedor.

¿Tiene el estudiante alguna condición médica? No  Sí  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN SERVICIOS MÉDICOS

\_\_\_\_\_ **Autorizo** \_\_\_\_\_ **No Autorizo** a la Academia Espíritu Santo, a procurar los servicios médicos que pudiere necesitar nuestro hijo/a con motivo de accidente o indisposición, incluyendo el traslado a facilidades hospitalarias si la aparente seriedad del caso lo requiere. Entendemos que la Academia tratará de comunicarse telefónicamente a la brevedad posible, sobre cualquier asistencia médica de urgencia requerida a través de los teléfonos suministrados. Aceptamos la razonable discreción de la Academia en cuanto a la necesidad de procurar dichos servicios y en cuanto a la naturaleza de estos, además, autorizo se le dé la primera ayuda en la Academia a mi hijos/as.

\_\_\_\_\_ **Autorizo** \_\_\_\_\_ **No Autorizo** administrar Tylenol o Panadol para niños, en caso de una fiebre alta.

---

Me comprometo acceder regularmente a las páginas principales de la Academia para estar al tanto de todo lo relacionado a mi hijo(a), ya sea académico, disciplina o actividades extracurriculares. Éstas son: **www.skiffer.net** (área académica, comunicados y reglamento escolar), **Plataforma digital "Edusystem"** (depende grado y materia), **www.academiaespiritusanto.org** (comunicados y actividades) y/o **Facebook: Academia del Espíritu Santo – Levittown** (comunicados y actividades)

Asimismo, me comprometo junto a mi hijo(a) a seguir las políticas de la Academia de Cero Tolerancia a: • Drogas • "Bullying" • Maltrato • Violencia Doméstica por lo que me doy por enterado que la Academia podrá revisar bultos, carteras y/o mochilas, etc. Siempre que exista motivo fundado o que esté en peligro la seguridad y la propiedad. La Institución podrá optar por llevar perros adiestrados para detectar o encontrar drogas, por lo menos una vez al semestre.

\_\_\_\_\_ **Autorizo** \_\_\_\_\_ **No Autorizo (INICIALES)** a fotografiar (individual o grupal), grabar (audio y/o imágenes) de mi hijo(a) ya sea en actividades pedagógicas o extracurriculares realizadas dentro y fuera de la Academia, para ser utilizada exclusivamente en la producción de material audiovisual, promocional o educativo. Consiento que dicho material puede ser publicado en las páginas oficiales de la Academia. Entiendo que esta participación es totalmente voluntaria y sin remuneración, por lo que relevo a la Academia Espíritu Santo, de responsabilidad alguna de pago por la participación de mi hijo(a) y el uso de su imagen y/o expresiones. El material fotográfico y/o grabado será propiedad exclusiva de la Academia.

---

Cualquier discrepancia en la veracidad de la información provista podrá invalidar el proceso de matrícula. Entiendo (Entendemos) que al firmar este documento estoy (estamos) de acuerdo con los reglamentos y estipulaciones disciplinarias, académicas y administrativas por las que se rige la Academia.

Entiendo (Entendemos) la importancia de llenar este formulario con la información correcta ya que es el medio que la Academia tiene para comunicarse con los padres y otras personas responsables en caso de emergencia.

---

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Encargado

\_\_\_\_\_  
Firma de la Madre o Encargada

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Año Escolar 2023-2024**

## ***ESTUDIO SOCIO-ECONÓMICO***

***Favor de proveer la siguiente información en su totalidad.*** Esta se solicita con el propósito de determinar elegibilidad de la Academia en la solicitud de participación en programas federales, como TÍTULO I-A, TÍTULO II-A, E-rate, etc.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Grado solicitando: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

Cantidad de hijos en la Institución: \_\_\_\_\_

Composición familiar: \_\_\_\_\_

Ingreso anual familiar: \_\_\_\_\_

Nombre del jefe de familia: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_