Academia Espíritu Santo

#1453 Paseo Damisela, Levittown, Toa Baja PR 00949
Tel. (787) 784-0905/0160 Fax: (787) 795-5418

FOTO ACTUALIZADA
(2 X 2)

No se aceptarán matrículas sin la FOTO

HOJA DE MATRÍCULA 2018 - 2019

☐ **NUEVO INGRESO** ☐ **RE-MATRICULA**

NÚM CUENTA: _____ **NÚM. ESTUDIANTE**: _____ **FECHA:**_____

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:

Apellido Paterno	Apellido Materno	Primer Nombre	Segundo Nombre

Fecha Nacimiento *(mes-día-año)*:	Sexo: M ☐ F ☐	Esc. Procedencia(si aplica):
Ciudadanía:	Religión:	Parroquia:

Dirección Postal:	Dirección Residencial:(Si es diferente a la POSTAL)
Ciudad: Zip Code:	Ciudad: Zip Code:
El estudiante vive con: ☐ Padre ☐ Madre ☐ Abuelos ☐ Otro:_____	Teléfono Residencial:
¿Quién tiene la custodia del estudiante? *(Marque todos los que correspondan)* Padre Madre Abuelos Otro ☐ ☐ ☐ ☐ _____	**Medio de comunicación que se enteró de nuestro servicios:** _____ Periódico _____ Radio WORO _____TV-Canal 13 _____ Otros: _____

INFORMACIÓN DE LOS PADRES O ENCARGADOS:

Nombre completo del Padre:		Ocupación o Posición:
Dónde Trabaja:	Tel. Trabajo:	Ext.:
Tel. Celular:	E-mail:	

Nombre completo de la Madre:		Ocupación o Posición:
Dónde Trabaja:	Tel. Trabajo:	Ext.:
Tel. Celular:	E-mail:	

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.

ENUMERE LOS HERMANOS QUE ENTRAN O QUE ESTÁN MATRICULADOS EN LA ACADEMIA PARA ESTE AÑO.

NOMBRE COMPLETO (Incluir apellidos)	GRADO ENTRANDO

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

1er. Familiar – Nombre:		Relación con el estudiante:
Tel. Residencial:	Tel. Trabajo:	Tel. Celular/Beeper:

2do. Familiar – Nombre:		Relación con el estudiante:
Tel. Residencial:	Tel. Trabajo:	Tel. Celular/Beeper:

____ **Autorizo** _____ **No Autorizo** 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 los predios 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.

INFORMACIÓN DE PERSONA QUE PAGA:

Nombre completo de la persona responsable de los pagos:		
Relación con el estudiante:	Teléfono Residencial:	
Dirección Postal de facturación: Ciudad: Zip Code:	Dirección Residencial:(Si es diferente a la POSTAL)	
Tel. Trabajo:	Tel. Celular:	Tel. Beeper/Unidad:
	E-mail:	

SI EL ESTUDIANTE NO VIVE CON LOS PADRES, FAVOR DE LLENAR LO SIGUIENTE:

Nombre completo de tutor o persona responsable:		
Relación con el estudiante:	Teléfono Residencial:	
Dirección Postal: Ciudad: Zip Code:	Dirección Residencial: (Si es diferente a la POSTAL)	
Tel. Trabajo:	Tel. Celular:	Tel. Beeper/Unidad:
	E-mail:	

1. Autorizo (amos) a la Academia a trasladar a nuestro hijo(a) anteriormente mencionado(a) a facilidades hospitalarias si sufriese un accidente o indisposición si la aparente seriedad del caso lo requiere. Entiendo (Entendemos) que los padres son los únicos autorizados para que las facilidades hospitalarias puedan prestar servicios médicos a menores. Entiendo (Entendemos) que la Academia tratará de comunicarse telefónicamente a la brevedad posible sobre cualquier emergencia médica que afecte a nuestro hijo(a). 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.

2. 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.

3. Al realizar la matrícula acepto la política de no reembolso para el año escolar en curso, reconociendo que es distinta a la presentada en la página 18, artículo 2.9, sección A, inciso 2 ***Política sobre Prestación y Suspensión de Servicios Educativos y Obligaciones Financieras de los Padres, Tutores Legales o Custodios***, (*Manual de Convivencia y Reglamento Escolar*), el cual queda rescindido por este documento.

_____ _____ _____

Firma del Padre o Encargado | Firma de la Madre o Encargada | Fecha

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ACADEMIA

Fecha Matrícula: _____ Cant. de Matrícula: $_____ No. de Recibo: _____	A ..... ☐	AP ..... ☐
☐-Efectivo ☐-Giro ☐-Ck. Cert. ☐-ATH ☐-VISA ☐-MasterCard	B ..... ☐	CP ..... ☐
Firma de Persona que recibe la Matrícula:	LP ..... ☐	SC ..... ☐

Mensualidad: $_____ Cuotas especiales: $_____

Observaciones/Comentarios:
Firma del(la) Director(a) / Principal: _____

Año Escolar 2018-2019

ACEPTACIÓN DE NORMAS Y POLÍTICAS

Yo, _____ padre, madre o encargado del estudiante _____, del grado _____ certifico haber leído el Manual de Convivencia y Reglamento Escolar, y todos los formularios contenidos en la solicitud de matrícula. Acepto y me comprometo a cumplir con todas las disposiciones contenidas en dichos documentos.

Soy consciente de la política de la Academia de ***Cero Tolerancia a:***

- ***Drogas***
- ***"Bulling"***
- ***Maltrato***
- ***Violencia Doméstica***

por lo que me doy por enterado de que la Academia podrá revisar bultos, mochilas, carteras 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. (Ver procedimiento en el Reglamento de Estudiantes).

_____ _____

Firma del ❑ padre, ❑ madre o ❑ encargado(a) Fecha

_____

Director / Principal SELLO DE LA ESCUELA

Año Escolar 2018-2019

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Ocupación del padre: _____

Ingreso mensual de padre: _____

Ocupación de la madre: _____

Ingreso mensual de la madre: _____

Miembros de la familia: _____

Favor marcar con una X donde ubica el ingreso máximo anual de la familia:

Ingreso Máximo Familia Anual	Marcar con una X Ingreso Familiar Anual
$24,420	
$30,710	
$37,000	
$43,290	
$49,580	
$55,820	
$62,160	
Ingreso más alto	