

Sección I: Información de Estudiante

Número de hijos en la familia inscritos en la escuela: _____

PARA USO DE LA OFICINA UNICAMENTE: Certificado de Nacimiento: Si o No

Nombre del Estudiante: _____		Apellido	Nombre	Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento: _____	Hijo mayor o único hijo en la Escuela: <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO			
Género: <input type="radio"/> MASCULINO <input type="radio"/> FEMENINO	¿Es el estudiante hispano / latino? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO			
Grado: _____				
Raza: (Indique todos los que apliquen)	<input type="radio"/> ASIÁTICO	<input type="radio"/> BLANCO	<input type="radio"/> INDÍGENA AMERICANO	
<input type="radio"/> NEGRO / AFRO-AMERICANO	<input type="radio"/> HAWAIANO/ISLEÑO DEL PACÍFICO	<input type="radio"/> NATIVO DE ALASKA		
País de Nacimiento: _____	Año que Emigraron (Si es aplicable): _____			
Año escolar al ingresar: _____	Religión: <input type="radio"/> CATÓLICO <input type="radio"/> NO CATÓLICO		(INDIQUE RELIGIÓN SI NO ES CATÓLICO): _____	
Última Escuela Atendida: _____	NOMBRE DE LA ESCUELA	CIUDAD DE LA ESCUELA		
Estudiante Vive Con:	APELLIDO	NOMBRE(S)	RELACIÓN	
Dirección 1:	NÚMERO Y CALLE		NÚMERO DE APARTAMENTO/UNIDAD	
	CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
Destinatario 2: _____	<i>si es aplicable</i>			
	APELLIDO	NOMBRE(S)	RELACIÓN	
Dirección 2: _____	NÚMERO Y CALLE		NÚMERO DE APARTAMENTO/UNIDAD	
	CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
Bautizo: _____	IGLESIA	CERTIFICADO: SI o NO	FECHA	
Confesión: _____	IGLESIA		FECHA	
Primera Comunión: _____	IGLESIA		FECHA	
Confirmación: _____	IGLESIA		FECHA	



*** Formas Medicas Requeridas ***

Físico: Todos los Nuevos Estudiantes Kdg & 6th Grade
Dental: Todos los Nuevos Estudiantes Kdg, 2nd & 6th Grade
Examen de la Vista: Todos Nuevos PK & Kdg

**Ningún Estudiante se aceptará sin las formas Medicas en la Oficina **

Sección II: Información de los Padres

INFORMACIÓN DE LA MADRE

Nombre de la Madre: _____ ¿Madre fue alumna de la escuela?
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE Sí No

Número de Teléfono de Casa: _____ Número de Teléfono Celular: _____

Correo Electrónico: _____ Número de Teléfono de Trabajo: _____

Lugar de Empleo: _____ Ocupación: _____

Dirección de Lugar de Empleo: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE

Nombre del Padre: _____ ¿Padre fue alumno de la escuela?
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE Sí No

Número de Teléfono de Casa: _____ Número de Teléfono Celular: _____

Correo Electrónico: _____ Número de Teléfono de Trabajo: _____

Lugar de Empleo: _____ Ocupación: _____

Dirección de Lugar de Empleo: _____

INFORMACIÓN DEL GUARDIÁN (si es diferente del padre-proveer informacion)

Nombre del Guardián _____
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

Número de Teléfono de Casa: _____ Número de Teléfono Celular: _____

Correo Electrónico: _____ Número de Teléfono de Trabajo: _____

Lugar de Empleo: _____ Ocupación: _____

Dirección de Lugar de Empleo: _____

OTRA INFORMACIÓN

Estado Civil de los Padres Casados Divorciados Separados Viudo Otro Estado

Nombre de la Madrastra: _____
(si es aplicable) APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

Nombre del Padrastro: _____
(si es aplicable) APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

INFORMACIÓN PARROQUIAL

Feligrés Registrado Sí No Número del Sobre _____

Nombre de la Parroquia Donde la Familia Está Registrada: _____

Persona(s) Responsable de Pagar Colegiatura_Escriba el(los) nombre(s) _____



Sección III: Información del Contacto de Emergencia

Nombre del Estudiante: _____

Grado del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre Madre/Guardián: _____ Tel de Emergencia: _____

Nombre Padre/Guardián: _____ Tel de Emergencia: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA EN CASO QUE PADRES/GUARDIANES NO PUEDAN SER CONTACTADOS:

1. Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Número de Teléfono 1: _____ Número de Telefono2: _____

2. Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Número de Teléfono 1: _____ Número de Teléfono 2: _____

3. Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Número de Teléfono 1: _____ Número de Teléfono: _____

INFORMACION MEDICA DEL ESTUDIANTE

Liste el nombre de cada hijo y sus alergias médicas y/o historia médica significativa, escriba N/A si no es aplicable.

Autorización Médica:

Proveedor de Seguro Médico: _____ Numero de Póliza: _____

En dado caso que el abajo firmante, o mi/nuestro doctor autorizado no pueda ser contactado y en el juicio del director de la escuela y/o su personal autorizado, y exista una necesidad inmediata de examinación y/o tratamiento de mi/nuestro hijo, yo/nosotros por este medio solicitamos y autorizamos cualquiera del personal antes dicho que obtenga para mi/nuestro hijo los medios médicos que sean considerados necesarios. Yo/Nosotros aceptamos asumir las responsabilidades financieras por cualquier diagnóstico/tratamiento y/o medicamento considerado necesario.

ESCRIBA NOMBRE PARENT/GUARDIAN FIRMA FECHA

ESCRIBA NOMBRE PADRE/GUARDIAN FIRMA FECHA

Sección IV: Aprobación de los Padres

Permiso de Publicar Fotografías

En ocasiones, la escuela usa fotos y/o trabajos académicos de estudiantes en publicaciones locales (e.g. sitio de web, anuario, anuncios, artículos de boletín, y otros materiales de relaciones públicas). Al poner mis iniciales y firmando abajo, le doy permiso a la escuela que publique fotos de mi(s) hijo(s) o sus trabajos académicos en cualquier formato, incluyendo fotografías en grupo o a individuales.

Uso Aceptable de Tecnología

Yo / Nosotros hemos leído las directrices de tecnología de la escuela, y las hemos discutido con mi(s)/ nuestro(s) hijo(s). En consideración del privilegio de que mi(s) hijo(s) usen el sistema de comunicación electrónica de la escuela y en consideración de tener acceso a las redes públicas, yo/ nosotros por este medio relevamos a la escuela, sus operadores, y cualquier institución con las cuales estén afiliados, de cualquier y todo reclamo y daño y perjuicio de cualquier naturaleza resultando del uso de, o inabilidad de usar, el sistema, incluyendo, sin limitación, los tipos de daños y perjuicios identificados en el **Acceptable Use Procedures (Procedimientos de Usos Aceptables)**.

Yo/ Nosotros entendemos que el acceso a los recursos de tecnología de la escuela no es actividad privada y que la escuela supervisará la actividad del estudiante en cualquiera de los recursos de la escuela, incluyendo pero no limitándose al sistema de computación, correos electrónicos, y otros aparatos y programas electrónicos.

Yo / Nosotros hemos leído las regulaciones y procedimientos tecnológicos de la escuela y aceptamos respetar estas provisiones. Violación de estas provisiones pueden resultar en la suspensión o revocación de acceso al sistema. Yo / Nosotros entendemos que cualesquier acciones tomadas a través de la red de la escuela que estén en violación de los códigos disciplinarios de la escuela serán tratados de acuerdo con el código. Pueden ser contactadas las autoridades legales apropiadas si existe una sospecha de actividad ilegal.

Al firmar abajo, le(s) doy permiso a mi(s) hijo(s) de participar en el sistema de comunicación electrónica de la escuela, incluyendo el internet, y certifico que la información contenida en este formulario es correcta.

Pólizas de la Escuela/Colegiatura

Yo/ Nosotros entendemos que aceptación del registro e inscripción es condicional basada en que la familia se mantenga corriente con los pagos de inscripción y seguimiento de las pólizas de la escuela y de la Arquidiócesis de Chicago. Inhabilidad de cumplir con estos requisitos podrá resultar en acciones disciplinarias y otras acciones de parte de la escuela, incluyen exclusión de la escuela y/o expulsión de ella. La colegiatura de Preescolar debe de pagarse completa cada mes o el estudiante/estudiantes no podran regresar a la escuela. Al firmar abajo, certifico que he recibido una copia de las pólizas de la escuela y sus procedimientos, y apruebo a estar ligado a ellas y la declaración anterior.

Reclutamiento de Parte de Secundarias Católicas (Para padres de estudiantes entrando a 6to, 7mo, y 8vo grado) SÍ NO

La Oficina de Escuelas Católicas y Secundarias Católicas en la Arquidiócesis de Chicago están desarrollando una base de datos de contactos de estudiantes/padres para mejor llegar a familias en primarias católicas mientras consideran sus planes para la secundaria. Puede estar asegurado que su información de contacto va a hacer usada responsablemente. Su información de contacto no será compartida con nadie fuera de las escuelas secundarias católicas. Las secundarias católicas pueden usar una variedad de criterios (e.g. geográficos, proximidad a la secundaria, opciones disponibles de transportación, etc.) cuando escogan a las familias que van ha contactar. Si desea que una secundaria deje de contactar a usted o a su hijo, simplemente contacte a esa escuela por teléfono o correo electrónico. Al circular "SÍ" arriba, autoriza a la escuela primaria a compartir la información siguiente con la Oficina de Escuelas Católicas y las secundarias católicas en la Arquidiócesis de Chicago con el propósito mencionado anteriormente: nombre de la primaria católica que su hijo asiste, nombre y apellido del estudiante, su género, su año escolar, domicilio, número de teléfono de domicilio, nombre y apellido del padre/guardián, correo electrónico del padre/guardián, y su numero de teléfono celular.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN

FECHA

FIRMA DE LA MADRE/GUARDIÁN

FECHA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Letra molde)

GRADO

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Letra molde)

GRADO

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Letra molde)

GRADO

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Letra molde)

GRADO