



SANTA ROSA de LIMA ESCUELA CATÓLICA  
"CRISTO INSPIRADO ACADÉMICO EXCELENCIA"



2020-2021 SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

TODOS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS DEBEN SER ENTREGADOS CON ESTA APLICACIÓN

CERTIFICADO DE NACIMIENTO  
NOTA PROMISORIA COMPLETADA Y FIRMADA  
INSCRIPCIÓN EN FACTSMGT.COM

INMUNIZACIONES  
FORMA DE SALUD  
INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

CUOTA DE INSCRIPCIÓN  
AUTORIZACION DE PADRES

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

NOMBRE DE ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

DIRECCION DE CASA: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO PRIMARIO: \_\_\_\_\_ NÚMERO SECUNDARIO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ GRADO DE INSCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_

RELIGIÓN: \_\_\_\_\_ PARROQUIA: \_\_\_\_\_

IDIOMA DEL HOGAR: \_\_\_\_\_ ETNICIDAD: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

BAUTIZADO?  NO  SI -proporcione una copia del certificado

INFORMACIÓN DE PADRES: NOMBRE DE PADRE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE MADRE: \_\_\_\_\_

¿CON QUIÉN VIVE EL NIÑO?: \_\_\_\_\_

¿Podemos compartir su número de teléfono con otros padres?  Sí  No

**HORAS VOLUNTARIAS**

Nuestra escuela requiere que cada familia cumpla 30 horas de voluntariado por año. Tenga en cuenta: **SI NO SE COMPLETAN LAS HORAS VOLUNTARIAS, SE LE COBRARÁ \$ 25 POR HORA POR LAS HORAS RESTANTES**. Marque las opciones con las que estaría interesado en ayudar.

**SUBASTA**

- FOLLETOS  INVITACIONES  DECORACIONES/DECORAR  OBTENER DONACIONES  
 POSTRES PARA EL DESSERT DASH  TARJETAS DE GRACIAS  PREPARAR Y QUITAR EL SALON

**COCONUT CRAWL**

- FOLLETOS  DECORAR  AYUDA EL DIA DE EVENTO  TARJETAS DE GRACIAS

**MISCELÁNEA**

- FERIA DE LIBROS  AYUDA EN SALON  SEMANA CATOLICA  
 TRABAJO DE YARDA  LIBRERÍA (5 HORAS 1 VEZ A LA SEMANA)  LIMPIEZA  
 VENTA DE DULCES  VENTA DE CORONAS



SANTA ROSA de LIMA ESCUELA CATÓLICA  
"CRISTO INSPIRADO ACADÉMICO EXCELENCIA"



2020-2021 SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

**INFORMACIÓN EDUCACIONAL**

ESCUELA ACTUAL: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
DISTRITO ESCOLAR: \_\_\_\_\_

¿El estudiante recibe cualquier servicio de apoyo relacionado con la escuela?  SÍ  NO

Si es así, por favor marque lo que corresponda:

- Consejería (escuela)  Sala de Recursos  La terapia del habla / lenguaje  
 Consejería (fuera de la escuela)  ESL (Inglés como Segundo Idioma)  Servicios de Educación Especial  
 Título I Remedio para lectura  Otros (especificar)

Por favor describa cualquier circunstancias específicas que han afectado el rendimiento de su hijo en la escuela. (Por ejemplo: La enfermedad o discapacidad física, en particular dificultades de aprendizaje, las circunstancias familiares, cambios frecuentes en el hogar o en la escuela) Por favor, incluya la documentación relativa a cualquier prueba especial que su hijo puede haber tenido.

\_\_\_\_\_

¿Su estudiante ha perdido cualquier día de la escuela el año pasado?  SÍ  No

Si respondió Sí, indique ¿por qué? \_\_\_\_\_

¿Hay alguna enfermedad o discapacidad que afecte a los estudios del estudiante o la participación en actividades de la escuela, tales como la educación física?  SÍ  NO En caso afirmativo, indique qué la enfermedad o discapacidad (asma, dislexia, etc.) explicar.

\_\_\_\_\_

Lista de cualquier actividad, deportes, clubes en los que el estudiante está en un participante

\_\_\_\_\_

**AUTORIZACIONES DE LOS PADRES**

Yo, (padre/tutor) \_\_\_\_\_ acordado el siguiente sus iniciales en cada línea. **SI DESEA RECIBIR UN MANUAL POR FAVOR déjanos saber o consulte todas las declaraciones continuas de nuestro manual publicadas en nuestro sitio web.**

1. Doy mi permiso para que Santa Rosa de la Escuela Católica de Lima para publicar fotos de mis hijos en el sitio web de Santa Rosa y la página de Facebook. \_\_\_\_\_
2. Mi estudiante leer y seguir las reglas de uso de tecnología de la escuela Santa Rosa en el manual del estudiante : \_\_\_\_\_
3. Entendemos la intimidación no es tolerada en la Escuela Santa Rosa (manual): \_\_\_\_\_
4. Vamos a seguir la política de Santa Rosa uniforme (manual): \_\_\_\_\_
5. Vamos a cumplir con todas las responsabilidades de recaudación de fondos y voluntarios según lo indicado por nuestra pagaré (manual): \_\_\_\_\_
6. Hemos leído y entendido el teléfono personal y la política de la electrónica. (Manual) \_\_\_\_\_
7. Hemos leído y entendido Asistencia a la Escuela Santa Rosa política ausencia/ tardanza. (Manual) \_\_\_\_\_
8. Hemos leído y entendido la Política de matrícula de la escuela Santa Rosa. (Manual) \_\_\_\_\_



SANTA ROSA de LIMA ESCUELA CATÓLICA  
"CRISTO INSPIRADO ACADÉMICO EXCELENCIA"



2020-2021 SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

**CONTRATO DE PAGAR**

Yo entiendo que tengo una obligación moral y legal de cumplir con mis responsabilidades bajo este contrato de pagar. Además, entiendo que no cumplir con el calendario de pagos elegido o no completar o programar mis horas de trabajo voluntario para el año escolar 2020-2021 se traducirá en:

- Retención de los registros de la escuela y / o tarjeta (s) Informe
- pérdida de elegibilidad para volver a registrar a niveles menores de costo total.
- El estudiante será liberado involuntariamente de la escuela.

Entiendo que todos los pagos de matrícula a continuación se harán a través de la compañía FACTS Management.

Estoy de acuerdo en pagar \$ 5135.00 por mi matrícula y \$ 100 por mis honorarios para el año escolar 2020-2021.

**Estoy de acuerdo con (circule uno):**

- pago mi matrícula en su totalidad antes del 14 de Agosto de 2020.
- Registrar mis pagos mensuales en FACTS([www.factsmgt.com](http://www.factsmgt.com))

**Para ser completado por el director:**

**Esta familia ha recibido \_\_\_\_\_ en becas para sufragar los gastos de matrícula anteriores.**

La recaudación de fondos compensa el costo total para educar a un niño, por lo tanto, les he dado a ser un participante activo en ser voluntario en programas de recaudación de fondos de la escuela; Subasta y cualquier otro tipo de recaudación de fondos durante todo el año que necesitan voluntarios padre / tutor. Recaudación de fondos están sujetas a cambios sin previo aviso.

**Los siguientes requisitos mínimos deben cumplirse:**

**K - 6 Horas Familias -Volunteer necesarias**

- 20 horas por familia para la subasta
- 10 horas de trabajo voluntario adicional
- \$ 500 mínimo por familia de nuestra corona de la venta, venta de dulces, o de coco rastreo.

**Pre-escolar Familias- recaudación de fondos requeridos**

- \$ 500 por familia de nuestra corona de la venta o la venta de dulces, o el rastreo de coco.
- La participación en todos los otros eventos para recaudar fondos / subasta es opcional, pero muy apreciado.

**Se agradece su ayuda con los siguientes eventos:**

- Semana de Escuelas Católicas  
 de la Comunidad EVentos  
 Feria del Libros

En no cumplir las horas requeridas para los eventos de recaudación de fondos no es aceptable y dará lugar a una pena de el valor designado de **\$25.00 por hora**, por familia. En no participar o devolver la mercancía de recaudación de fondos sin vender no es aceptable. Cualquier diferencia entre la participación de la actividad y el valor asignado se recogerán, además de la matrícula el próximo ciclo de facturación. El pago de la matrícula regular, más la cantidad adicional deben ser pagados en su totalidad de acuerdo con las políticas de matrícula. Estas políticas, junto con los requisitos de recaudación de fondos y voluntarios se registran y se pueden encontrar en el Manual del Estudiante. En firmar,estoy diciendo que estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones antes mencionadas. Los estudiantes no serán inscritos si esta forma no está completamente llena.

FIRMA/MADRE

IMPRESA NOMBRE

FECHA

FIRMA/PADRE

IMPRESA NOMBRE

FECHA



SANTA ROSA de LIMA ESCUELA CATÓLICA  
"CRISTO INSPIRADO ACADÉMICO EXCELENCIA"



2020-2021 SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

FORMA DE SALUD (1 forma por estudiante)

GRADO:	NOMBRE:	FECHA DE NACIMIENTO:		
<b>PLANIFICACIÓN ESPECIAL DE SALUD:</b>				
¿Necesitará el estudiante que nuestra oficina administre cualquier medicamento? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> N				
<input type="checkbox"/> DIABETES-FECHA DEL DIAGNÓSTICO _____ EL ESTUDIANTE USA: <input type="checkbox"/> BOMBA DE INSULINA <input type="checkbox"/> PLUMA DE INSULINA <input type="checkbox"/> INSULINA INYECTADA				
<input type="checkbox"/> TRASTORNO CONVULSIVO: Mi hijo necesita medicamentos de emergencia para las convulsiones. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Nombre del medicamento: _____				
<input type="checkbox"/> PLANIFICACIÓN ESPECIAL DE SALUD: Mi hijo tiene una atención de salud especial que necesita tal como: silla de ruedas u otra condición de salud permanente: _____				
<input type="checkbox"/> Mi hijo no tiene ninguno de los problemas de salud/condiciones notado arriba.				
<b>CONDICIONES POTENCIALMENTE MORTALES DE:</b>				
<input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> GRAVE ***si esta casilla está marcada RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS!				
¿Su hijo usa el inhalador de rescate rutinariamente para los síntomas de asma? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
¿Ha usado esteroides (PREDNISON) para los síntomas de asma en el último año? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
¿Ha sido hospitalizado su hijo por asma en el último año? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
<input type="checkbox"/> Alergias / Anafilaxia severa con receta epi-pen / auvi-q (comida, picadura de insecto, látex)				
Alérgenos:				
<input type="checkbox"/> DE OTRO:				
<input type="checkbox"/> Mi hijo no tiene ninguno de los problemas / condiciones de salud mencionados anteriormente.				
<b>**Alerta a los padres / tutores: La escuela debe conocer cualquier condición que amenace la vida antes del comienzo de la escuela, ya que puede requerir un plan individual (según RCW.28a.210.320).</b>				
<b>CONDICIONES DE SALUD</b>				
Marque cualquiera de estas condiciones que ha tenido su hijo:				
<input type="checkbox"/> ADD / ADHD	<input type="checkbox"/> desorden de sangre	<input type="checkbox"/> depresión/ ansiedad	<input type="checkbox"/> problemas del corazón	<input type="checkbox"/> lastimaduras graves
<input type="checkbox"/> alergias	<input type="checkbox"/> intestino / vejiga	<input type="checkbox"/> ortopédicos/hueso	<input type="checkbox"/> visión	<input type="checkbox"/> dentales
<input type="checkbox"/> asma	<input type="checkbox"/> cáncer	<input type="checkbox"/> auditivo	<input type="checkbox"/> social/ emocional/ conductual	<input type="checkbox"/> otras
Si ha verificado alguna de las condiciones / inquietudes anteriores, explique:				
<input type="checkbox"/> Mi hijo no tiene ninguno de los problemas de salud / condiciones mencionadas anteriormente.				
¿Usa su hijo anteojos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
<b>AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA</b>				
Entiendo que la información proporcionada anteriormente se compartirá con el personal escolar apropiado para proporcionar la salud y la seguridad de mi hijo. Si yo o una persona de contacto de emergencia autorizada no puede ser contactada en el momento de una emergencia médica, autorizo y dirijo al personal de la escuela a enviar a mi hijo al hospital o médico más accesible. Entiendo que asumiré toda la responsabilidad por el pago de cualquier servicio médico prestado.				
FIRMA DE PADRE: _____ FECHA: _____				



SANTA ROSA de LIMA ESCUELA CATÓLICA  
"CRISTO INSPIRADO ACADÉMICO EXCELENCIA"



2020-2021 SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

MADRE/GUARDIÁN		EMPLEADOR		DIRECCIÓN DE TRABAJO	
DIRECCIÓN DE HOGAR DE MADRE			NUMERO DE TELEFONO	NÚMERO DE TRABAJO EXT.	
CORREO ELECTRÓNICO PRINCIPAL			CORREO ELECTRÓNICO SECUNDARIO		
PADRE/GUARDIÁN		EMPLEADOR		DIRECCIÓN DE TRABAJO	
DIRECCIÓN DE HOGAR DE PADRE			NUMERO DE TELEFONO	NÚMERO DE TRABAJO EXT.	
NOMBRE DEL ESTUDIANTE		FECHA DE NACIMIENTO	GRADO	INFORMACIÓN MÉDICA / ALERGIAS	
<b>LISTA DOS RELATIVOS, AMIGOS, VECINOS A LOS QUE DELEGA LA AUTORIDAD COMPLETA Y EL CUIDADO DE SU HIJO SI NO PODEMOS CONTACTARLO:</b>					
CONTACTO PRIMARIO			RELACIÓN A EL ESTUDIANTE		
DIRECCIÓN / CIUDAD			NÚMERO DE TELÉFONO		
CONTACTO SECUNDARIO			RELACIÓN A EL ESTUDIANTE		
DIRECCIÓN / CIUDAD			NÚMERO DE TELÉFONO		
<b>EN CASO DE EMERGENCIA, AUTORIZO ST. ROSE ESCUELA PARA LLAMAR AL MÉDICO LISTADO / CONTACTO DE EMERGENCIA SI NO PUEDO SER LLEGADO Y SEGUIR SUS INSTRUCCIONES. ST ROSE SCHOOL NO ASUME NINGUNA RESPONSABILIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS TOMADOS Y NO ASUME PAGO POR LAS MEDIDAS TOMADAS.</b>					
NOMBRE DEL MÉDICO / ORGANIZACIÓN			NÚMERO DE TELÉFONO		
DIRECCIÓN			CIUDAD		
<b>PERMISO PARA RECOGER A MI HIJO/NIÑOS SI NO SE ENCUENTRA CON CONTACTO DE EMERGENCIA</b>					
NOMBRE			RELACIÓN A EL ESTUDIANTE		
NOMBRE			RELACIÓN A EL ESTUDIANTE		
NOMBRE			RELACIÓN A EL ESTUDIANTE		



SANTA ROSA de LIMA ESCUELA CATÓLICA  
"CRISTO INSPIRADO ACADÉMICO EXCELENCIA"



**2020-2021 SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**