



**St. Matthew's Catholic School**  
**1773-0010 Blanding Blvd.**  
**Jacksonville, FL 32210**  
**904-387-4401**

### **Inscripción de Familia Nueva**

**Año escolar 2017-2018**

1. \_\_\_\_\_ Inscripción \$300.00 (\$250.00 si se recibe el pago desde el 30 de enero hasta el 10 de febrero de 2017)
2. \_\_\_\_\_ Información de Padres de Familia
3. \_\_\_\_\_ Información del Alumno (uno por cada alumno)
4. \_\_\_\_\_ Copia del Registro de Bautizo (si es Católico)
5. \_\_\_\_\_ Copia del Acta de Nacimiento
6. \_\_\_\_\_ Formato Físico y Formato # DH680 completo por la oficina del doctor.  
*\*Si tiene un estudiante que ingresa a Kindergarten - debe tener las siguientes vacunas: 5ta DTP/DTAP/DI/TD, 4ta Polio, 2da MMR, Hepatitis y Varicela. Para 7mo grado deben tener TD Booster y Hepatitis antes de empezar el año escolar.*
7. \_\_\_\_\_ Acuerdo de Inscripción Firmado

### **Programa de Pre-Kinder Voluntario (VPK) 4 años**

1. \_\_\_\_\_ Certificado de Matricula de VPK
2. Hora en la que recogerá al alumno
  - \_\_\_\_\_ 11:00 am \_\_\_\_\_ 2:55 pm \_\_\_\_\_ 6:00 pm
3. \_\_\_\_\_ Política de Asistencia/ Registro de Asistencia Diaria
4. \_\_\_\_\_ Pago por stay and play \$200.00\* ver informacion de VPK
5. Los \$300 de inscripción están incluidos en la beca de VPK de 540 horas

**Información del Alumno**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Grado al que ingresa: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  varón  mujer

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cod.Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Religión:  Católico:  No Católico: \_\_\_\_\_

Raza:  Blanco  Afro-Americano  Asiático  Hispano  Otro \_\_\_\_\_

Origen Étnico:  Hispano  No - Hispano

Idiomas que habla el alumno: \_\_\_\_\_

Idioma que se habla en casa: \_\_\_\_\_

El alumno vive con:  Ambos Padres  Madre  Padre  Otro (explique)

Escuela actual: \_\_\_\_\_

<b>¿Ha sido el alumno diagnosticado con alguno de los siguientes discapacidades?</b>	
Discapacidades Físicas: <input type="checkbox"/> <b>Sí:</b> _____ <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Necesidades médicas especiales (incluyendo ADD/ADHD y desórdenes en el control de ansiedad) <input type="checkbox"/> <b>Sí:</b> _____ <input type="checkbox"/> <b>No</b>
Aprendizaje Académico: <input type="checkbox"/> <b>Sí:</b> _____ <input type="checkbox"/> <b>No</b>	¿Se ha administrado una evaluación psicológica? <input type="checkbox"/> <b>Sí:</b> _____ <input type="checkbox"/> <b>No</b>
Alergias – <input type="checkbox"/> <b>Sí:</b> _____ <input type="checkbox"/> <b>No</b>	¿Está su hijo tomando algún medicamento actualmente? <input type="checkbox"/> <b>Sí:</b> _____ <input type="checkbox"/> <b>No</b>
Es necesario un epipen <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/>	
<b>¿Tiene su hijo un IEP o 504?</b> <input type="checkbox"/> <b>Sí:</b> _____ <input type="checkbox"/> <b>No</b>	<b>El alumno califica para:</b> <input type="checkbox"/> <b>Beca de McKay</b> <input type="checkbox"/> <b>Beca de Step Up para estudiantes</b> <input type="checkbox"/> <b>VPK</b> <input type="checkbox"/> <b>Beca otorgada por la Parroquia / Feligrés</b> <input type="checkbox"/> <b>Ninguna</b>

## Información del Padre de Familia/Tutor

**Nombre del Padre de Familia o Tutor:**  Padre  Madre  Tutor \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

**Dirección:** (Si es diferente a la del Alumno) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Cód.Postal \_\_\_\_\_

Número Telefónico de casa : \_\_\_\_\_ del Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**Para recibir información de la escuela y estados financieros:**

Correo electrónico primario: \_\_\_\_\_

Correo electrónico secundario: \_\_\_\_\_

**Educación:**  Secundaria  College  Universidad  Licenciatura  Maestria  Doctorado

**Estado Civil:**  Soltero  Casado  Separado  Divorciado  Vive con el alumno  No vive con el alumno

**Ocupación** \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre de Familia o Tutor:**  Padre  Madre  Tutor \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

**Dirección:** (Si es diferente a la del Alumno) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Cód.Postal \_\_\_\_\_

Número Telefónico de casa : \_\_\_\_\_ del Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**Para recibir información de la escuela y estados financieros:**

Correo electrónico primario: \_\_\_\_\_

Correo electrónico secundario: \_\_\_\_\_

**Educación:**  Secundaria  College  Universidad  Licenciatura  Maestria  Doctorado

**Estado Civil:**  Soltero  Casado  Separado  Divorciado  Vive con el alumno  No vive con el alumno

**Ocupación** \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia y autorización para recoger al alumno:** mínimo tres personas (no en lista anterior)

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el alumno: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el alumno: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

3. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el alumno: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**Al firmar este documento, estoy de acuerdo con lo siguiente:**

**Liberación General:** Por medio del presente, libero a St. Matthew's Catholic School, a sus funcionarios, agentes y trabajadores de todo tipo de reclamo y demanda, derechos y causas de acción de cualquier índole que los miembros de esta familia tengan a partir de ahora en adelante como consecuencia de lesiones personales conocidas o desconocidas a los que firmamos este acuerdo; así como el daño a la propiedad que resulte de algún incidente que pudiese ocurrirle a mi (s) hijo/a (s) (niño/a(s) bajo mi tutela) durante su permanencia en St. Matthew's Catholic School.

**Cuidado de Emergencia:** Si el colegio no logra contactar al padre de familia o tutor en el caso de accidente o enfermedad seria, autorizo a St. Matthew's Catholic School, a su discreción, a contactar al personal de emergencia y permitir que dichos profesionales administren tratamiento y/o transporten al alumno para recibir tratamiento. Por lo tanto, el colegio está autorizado a brindar información médica y contactos de la familia a los proveedores del servicio de salud.

**Cuidado que no son urgentes:** En el caso de un accidente o enfermedad seria en el que el alumno no requiera cuidados profesionales de emergencia, se hará todo esfuerzo en contactar al padre/tutor. En el caso en que el colegio no logre contactarse con el padre/tutor, autorizo a St. Matthew's Catholic School, a su discreción, a llamar a mis contactos de emergencia en el orden que he listado para solicitar que recojan al alumno del colegio.

**Acuerdo de Inscripción:** La aceptación de esta solicitud está supeditada a que el alumno culmine satisfactoriamente el grado en el que esté actualmente inscrito y, en el caso de ser alumno(a) nuevo en St. Matthew's Catholic School, que haya cumplido satisfactoriamente con los requisitos de ingreso.

Todo alumno, nuevo o que retorne, se encuentra bajo un período de prueba por 45 días, el cual empieza el primer día que el alumno asista a clases en St. Matthew's. Durante este período de prueba, aquel alumno cuyo comportamiento o acciones no vayan de acuerdo con la filosofía del colegio, podría ser destituido de St. Matthew's Catholic School. Si un alumno se retira durante este período de 45 días, se retendrá todo pago hecho por concepto de inscripción, servicios y materiales. Asimismo, se retendrá todo pago por concepto de enseñanza (tuition). **No habrá ningún reembolso.** Por otro lado, las expulsiones ocurridas después del período de 45 días seguirán las pautas señaladas en el manual y **no habrá reembolso alguno del pago por concepto de enseñanza (tuition) u otros.**

**Manual para el Padre-Alumno:** Estoy de acuerdo en leer el manual del alumno así como en apoyar las políticas descritas en el manual que incluyen pero no se limitan al código de disciplina del colegio, políticas de conducta y reglas de deportes. El Manual para el Padre-Alumno se encuentra a su disposición en inglés y en español en el sitio web del colegio [www.stmatthewscs.com](http://www.stmatthewscs.com). Contamos con copias impresas del manual a su disposición en caso de ser solicitado.

**Liberación Condicional:** Por medio del presente, doy autorización a la Diócesis Católica de San Agustín a usar y reproducir fotografías y/o videos tomados a mi/mis hijo(s) sin recibir ningún tipo de compensación. Dichas fotografías podrán ser utilizadas como parte de noticias y editoriales en publicaciones y otras reproducciones electrónicas (sitios web y videos) y/o catálogos. Además, doy autorización a la alteración de dichas fotografías sin restricción y a derechos de autor sobre las mismas. Por medio del presente, libero al fotógrafo, a los periodistas y a los medios de información que ellos representan; así como también a la parroquia/iglesia y colegio involucrados, al Obispo de la Diócesis de San Agustín, a alguna sociedad unipersonal, a la Diócesis Católica de San Agustín y a todos sus trabajadores y agentes ante cualquier tipo de reclamo y responsabilidad relacionada a dichas fotografías.

**Política sobre el Uso aceptable de la Internet:** los abajo firmantes estamos de acuerdo en cumplir con el privilegio del uso de la internet y cumpliremos con todas las políticas, reglas y regulaciones actuales de la Diócesis de San Agustín y de St. Matthew's Catholic School descritas por los profesores y escritas en el manual para el padre-alumno. Nuestra familia está de acuerdo en apoyar las reglas del colegio.

**Política de Medicinas :** Ningún miembro del staff del colegio dará medicinas al alumno a menos que se haya completado el formato de autorización de medicinas. Esto incluye medicinas recetadas o no recetadas. **Toda medicina** debe ser enviada a la oficina del colegio en el envase original junto con el formato completo. Ningún alumno deberá tener la medicina consigo en ningún momento. En el caso de inhaladores recetados que el alumno deba llevar consigo, se completará un formato de liberación por separado.

**Horas de Servicio:** **Todas las familias deberán contribuir con un mínimo de 25 horas** de servicio a St. Matthew's Catholic School durante el año escolar. El no cumplir con las horas de servicio requeridas ocasionará la valoración por cada hora no trabajada en la cuenta de la familia, la cual será dada a conocer el 15 de mayo de cada año escolar. El pago de valoración por hora es \$10.00. Toda hora de servicio presentada después del 15 de mayo será contabilizada para el siguiente año escolar.

**Responsabilidad financiera:** El pago de inscripción es no reembolsable y deberá pagarse al momento de la inscripción. El pago anual por cada alumno vence el **1 de junio** y es no reembolsable. Asumo la responsabilidad financiera por el año escolar 2017-2018. Entiendo que el pago por concepto de enseñanza (tuition) vence el 1 día de cada mes y que se recaudará un cargo por demora de \$25.00 si es que el pago se recibe después de quince días. Por medio del presente, tengo conocimiento que todo pago hecho a St. Matthew's Catholic School es no reembolsable.

**Responsabilidad del pago por concepto de enseñanza:** Todo pago bajo este concepto es no reembolsable.

**Todas las cuentas deberán ser pagadas antes del primer día de clases para que el alumno/alumnos asista(n) a clases.**

**Somos miembros contribuyentes de:**

St. Matthew's Catholic Church  
 Most Holy Redeemer

St. Catherine's  
 No somos miembros de ninguna iglesia de esta lista

**Sobre / Faith Direct # \_\_\_\_\_**

## Elección de Pago

Elegimos realizar el pago por concepto de enseñanza mensual/anual de \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nuestra familia realizará el pago mensual por **EXTENDED DAY** of \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nuestra familia realizará el pago diario por **EXTENDED DAY** \$ \_\_\_\_\_

**Al firmar el acuerdo de inscripción, dejamos constancia que toda la información brindada está completa, correcta y es presentada con honestidad.**

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

**Para uso de la oficina solamente:** Fecha procesada: \_\_\_\_\_



St. Matthew's Catholic School  
1773-0010 Blanding Blvd.  
Jacksonville, FL 32210  
904-387-4401

**Voluntary Pre K/ Pre K Voluntario (VPK) Sólo para familias de alumnos que tienen 4 años de edad**

**Requisitos de Asistencia al VPK:**

1. El niño deberá llegar al salon de VPK a más tardar 7:45 am diariamente.
2. El niño asistirá hasta las 11am diariamente.
3. Los padres deberán llamar a la oficina del colegio al 904-387-4401 si el niño llegará tarde o estará ausente.
4. Se requiere de una nota del doctor si es que el niño está ausente por más de 3 días consecutivos debido a alguna enfermedad.
5. Los padres deberán firmar un formato de verificación de asistencia provisto por el colegio cada mes.
6. Los padres que lleguen después de las 11:00am tendrán que pagar la tarifa aplicable de *stay and play*.
7. Las familias que no reúnan los requisitos de asistencia al VPK estarán sujetos a ser retirados de acuerdo a las pautas establecidas por el Early Learning Coalition.

**Estoy de acuerdo con las condiciones de la política de asistencia al VPK.**

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre el alumno: \_\_\_\_\_



St. Matthew's Catholic School  
1773-0010 Blanding Blvd.  
Jacksonville, FL 32210  
904-387-4401

**Voluntary Pre K/ PreK Voluntario (VPK) Sólo para familias de  
alumnos que tienen 4 años de edad**

Certificación del Padre por asistencia del niño al VPK en:  
St. Matthew's Catholic School

Por medio del presente otorgo permiso a las profesoras de mi hijo(a) a que actúen como mis representantes en registrar y firmar el registro de asistencia diaria para:

---

(Nombre impreso del alumno)

Se me hará llegar el formato de asistencia del alumno, el cual deberá ser firmado y retornado una vez al mes.

---

(Nombre impreso de los padres/tutores)

---

(Firma del padre/tutor)

(Fecha)