

\_\_\_\_\_ Fecha

\_\_\_\_\_ Time

**Consortio de Escuelas Católicas  
de la Arquidiócesis de Omaha  
ACADEMIA CATOLICA BILINGÜE  
SOLICITUD 2019/2020**

Fecha: \_\_\_\_\_ Por favor indique: \_\_\_\_\_ Nueva familia \_\_\_\_\_ Pertenece a una escuela o parroquia del Consortio

Apellidos de la familia : \_\_\_\_\_

Con quién viven los niños? \_\_\_ Ambos Padres \_\_\_ Madre \_\_\_ Padre \_\_\_ Custodia Compartida \_\_\_ Abuelo \_\_\_ Tutor \_\_\_ Otro

Idioma que hablan más frecuentemente su(s) niño(s) en casa: \_\_\_\_\_

Idioma que habla más frecuentemente con su(s) niño(s): \_\_\_\_\_

Mi hijo(a) va a continuar el programa bilingüe en \_\_\_ Our Lady of Lourdes \_\_\_ Sts. Peter & Paul

¿Tienen acceso al Internet en la casa? \_\_\_ Sí, con tableta y computadora \_\_\_ Sí, solo con tableta (no un celular)  
\_\_\_ Sí, solo computadora \_\_\_ Sí, solo con celular con data \_\_\_ No tengo acceso al Internet

¿A cuál distrito escolar iría su hijo? \_\_\_ OPS \_\_\_ Bellevue \_\_\_ Papillion/LaVista \_\_\_ Ralston \_\_\_ Westside \_\_\_ Millard \_\_\_ Gretna

Catolico: \_\_\_\_\_ No Catolico; \_\_\_\_\_ Si es Catolico, Nombre de su Parroquia: \_\_\_\_\_

**Padre/Tutor #1**

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco con el estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número(s) de Teléfono: \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_ (Casa) \_\_\_\_\_ (Celular)

¿Asistió usted a una escuela del consorcio? \_\_\_\_\_ ¿cuál?: \_\_\_ Holy Cross \_\_\_ Our Lady of Lourdes \_\_\_ St. Bernadette \_\_\_ Ss. Peter & Paul  
\_\_\_ St. Thomas More \_\_\_ No, no soy ex alumno de estas escuelas

Email : \_\_\_\_\_

**Padre/Tutor #2**

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco con el estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número(s) de Teléfono: \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_ (Casa) \_\_\_\_\_ (Celular)

¿Asistió usted a una escuela del consorcio? \_\_\_\_\_ ¿cuál?: \_\_\_ Holy Cross \_\_\_ Our Lady of Lourdes \_\_\_ St. Bernadette \_\_\_ Ss. Peter & Paul  
\_\_\_ St. Thomas More \_\_\_ No, no soy ex alumno de estas escuelas

Email: \_\_\_\_\_

## Selección de la clase

**Por favor enliste los nombres de los estudiantes y la clase en la parte de abajo.**

**Estudiantes de Pre-Escolar: Nacidos el o antes del 31 de Julio del 2016**

**Estudiantes de Pre-Kíndergarten: Nacidos el o antes del 31 de Julio del 2015**

**Estudiantes de Kíndergarten: Nacidos el o antes del 31 de Julio del 2014**

**Estudiantes de 1er Grado: Nacidos el o antes del 31 de Julio del 2013**

**Todos los estudiantes deben estar entrenados para ir al baño al primero de Agosto del 2019.**

**Horario de cuidado de niños antes y después de la escuela: Antes de la escuela - 6:30 am a 8:15 am  
Después de la escuela - 3:30 pm a 6:00 pm**

### Información del estudiante #1 :

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_ Llamar como: \_\_\_\_\_

Señale: Hombre Mujer Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Parroquia donde se bautizó: \_\_\_\_\_

#### Por favor seleccione:

Pre-Escolar - Lunes-Vienes día completo \_\_\_\_\_

Pre-Kíndergarten - Lunes-Vienes día completo \_\_\_\_\_

Kíndergarten—Lunes-Vienes día completo \_\_\_\_\_ Voy a Aplicar para Ayuda Financiera \_\_\_\_\_

1er Grado: Lunes a Viernes \_\_\_\_\_ Voy a Aplicar para Ayuda Financiera \_\_\_\_\_

Va a necesitar cuidado de niños antes/después de la escuela? \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no Indique: \_\_\_\_\_ Antes de la escuela \_\_\_\_\_ Después de la escuela

### Información del estudiante #2 :

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_ Llamar como: \_\_\_\_\_

Señale: Hombre Mujer Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Parroquia donde se bautizó: \_\_\_\_\_

#### Por favor seleccione:

Pre-Escolar - Lunes-Vienes día completo \_\_\_\_\_

Pre-Kíndergarten- Lunes-Vienes día completo \_\_\_\_\_

Kíndergarten - Lunes-Vienes día completo \_\_\_\_\_ Voy a Aplicar para Ayuda Financiera \_\_\_\_\_

1er Grado: Lunes a Viernes \_\_\_\_\_ Voy a Aplicar para Ayuda Financiera \_\_\_\_\_

Va a necesitar cuidado del niño antes/después de la escuela? \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no Indique: \_\_\_\_\_ Antes de la escuela \_\_\_\_\_ Después de la escuela

### Información del estudiante #3 :

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_ Llamar como: \_\_\_\_\_

Señale: Hombre Mujer Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Parroquia donde se bautizó: \_\_\_\_\_

#### Por favor seleccione:

Pre-Escolar - Lunes-Vienes día completo \_\_\_\_\_

Pre-Kíndergarten - Lunes-Vienes día completo \_\_\_\_\_

Kíndergarten - Lunes-Vienes día completo \_\_\_\_\_ Voy a Aplicar para Ayuda Financiera \_\_\_\_\_

1er Grado: Lunes a Viernes \_\_\_\_\_ Voy a Aplicar para Ayuda Financiera \_\_\_\_\_

Va a necesitar cuidado de niños antes/después de la escuela? \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no Indique: \_\_\_\_\_ Antes de la escuela \_\_\_\_\_ Después de la escuela

**Información del contacto en caso de emergencia:**

Si les necesario contactar a los padres o guardianes durante el horario de escuela a quién debemos contactar:

Información del contacto principal: Nombre \_\_\_\_\_ Parentezco \_\_\_\_\_  
 Teléfono #1 \_\_\_\_\_ Teléfono #2 \_\_\_\_\_

Indique un contacto adicional (no guardian): Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
 Teléfono #1 \_\_\_\_\_ Teléfono #2 \_\_\_\_\_

En caso de cerrar la escuela por una emergencia durante el horario de clase, mis(s) estudiante(s) van a:

Caminar a casa  Los va a recoger el contacto principal  Los recogen los padres  Otro (indique) \_\_\_\_\_

<b><u>Nombre de todos los estudiantes</u></b>	<b><u>Etnia:</u></b> H—Hispano N/H_ No-Hispano  <i>Por favor indique para cada estudiante</i>	<b><u>Raza:</u></b> AM— Indio Americano/Nativo Alaska AS-Asiatico BL— Negro o Africanoamericano PI—Isals del Pacifico W-Blanco  <i>Por favor indique para cada estudiante</i>

¿Cómo se enteró de la Academia Bilingüe?  Alguien me dijo  Medios (TV, radio, periódico)  Sitio Web del Consorcio  
 Sitio Web de la escuela (Facebook)  Boletín Parroquial/Anuncio Parroquial  Periódico o website de la escuela  Otro

¿Porqué escogió nuestra Academia?  Excelencia académica y plan de estudios  Formación en la fe  Ambiente seguro  
 Sentido de Comunidad  Tecnología  Ubicación  Modelo bilingüe  Otro

**Inscripción:** Entiendo que para que mi hijo(a) reciba el máximo beneficio del modelo de enseñanza bilingüe necesita continuar en el programa bilingüe hasta 8° grado.

De acuerdo  En desacuerdo

**Colegiatura:** Una vez que mi solicitud ha sido aceptada, estoy de acuerdo en abrir una cuenta de FACTS Management para establecer el plan de pagos en no más de una semana. Acepto cumplir con los términos y condiciones y con mi plan de pagos. Si alguna vez tuviera un problema para pagar la colegiatura en la fecha de pago programada, es mi responsabilidad contactar a la oficina del Consorcio al 402-590-2810 o al 402-590-2817 (español) al menos 2 días hábiles antes de que venza el plazo del pago.

De acuerdo  En desacuerdo

**Asistencia:** Me aseguraré de que mi hijo(a) cumpla al menos con el 90% de asistencia a la escuela. Y que cumpla con los estándares de la Academia Bilingüe del Consorcio de Escuelas Católicas de Omaha.

De acuerdo  En desacuerdo

**Publicación de Fotografías:** Les otorgo el permiso para incluir las fotografías y nombres de mis hijos(as) en fotografías, videos, material impreso y en los medios locales en historias sobre la escuela. Entiendo que la escuela las usará para promoción e información solamente.

De acuerdo  En desacuerdo

**Firma del padre o guardián:** \_\_\_\_\_

Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco

# Formato de Información Médica

Nombre del padre/guardián: \_\_\_\_\_ Tel #1 \_\_\_\_\_ Tel #2 \_\_\_\_\_

Información del médico: Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Hospital que prefiere: \_\_\_\_\_

## Estudiante #1

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

Por favor marque todos que aplican:

Asma                       Convulsiones                       Vejiga/Riñón                       Anemia Falciforme                       ADD/ADHD  
(Síndrome de déficit de atención)  
 Diabetes                       Sordera                       Hemofilia                       Discapacidad visual

Alergias: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Permiso para administrar:  Acetaminofén (Tylenol)                       Ibuprofeno (Quizás se le pida permiso por escrito en la oficina de la escuela)

Ningún Problema de Salud:

Si se han marcado alguna(as) de estas condiciones, por favor haga una breve explicación y describa los tratamientos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Estudiante #1

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

Por favor marque todos que aplican:

Asma                       Convulsiones                       Vejiga/Riñón                       Anemia Falciforme                       ADD/ADHD  
(Síndrome de déficit de atención)  
 Diabetes                       Sordera                       Hemofilia                       Discapacidad visual

Alergias: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Permiso para administrar:  Acetaminofén (Tylenol)                       Ibuprofeno (Quizás se le pida permiso por escrito en la oficina de la escuela)

Ningún Problema de Salud:

Si se han marcado alguna(as) de estas condiciones, por favor haga una breve explicación y describa los tratamientos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Student #3

Name: \_\_\_\_\_

Please check all that apply:  Asthma                       Seizures                       Bladder/Kidney                       Sickle cell                       ADD/ADHD

Diabetes                       Deafness                       Hemophiliac                       Sight Impairment

Alergias: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Permiso para administrar:  Acetaminofén (Tylenol)                       Ibuprofeno (Quizás se le pida permiso por escrito en la oficina de la escuela)

Ningún Problema de Salud:

Si se han marcado alguna(as) de estas condiciones, por favor haga una breve explicación y describa los tratamientos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_