

_____ 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) _____

<u>Nombre de todos los estudiantes</u>	<u>Etnia:</u> H—Hispano N/H_ No-Hispano <i>Por favor indique para cada estudiante</i>	<u>Raza:</u> 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 Hemophilia 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:

