

COLEGIO SAN FELIPE

566 AVE. SAN LUIS, ARECIBO P.R. 00612 | P.O. BOX 673 ARECIBO, PR 00613
TEL: 787-878-3532 | FAX: 787-879-2124
www.sanfelipeedu.org | csf@sanfelipeedu.org



FORMULARIO DE SOLICITUD DE ADMISIÓN AÑO ESCOLAR 2024-2025

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Número de familia _____

ESTUDIANTE ACTIVO

ESTUDIANTE NUEVO

El Colegio Diocesano de Arecibo, SAN FELIPE, no discrimina por razón de raza, color de la piel, origen étnico, condición económica, religión o impedimento físico en la administración de normas educativas, normas de admisión, programas de becas, programas atléticos y ningún otro programa administrado por el Colegio.

NOS RESERVAMOS EL DERECHO DE ADMISIÓN O RE-ADMISIÓN

CONTENIDO DEL FORMULARIO

- Solicitud de admisión
- Declaración de compromiso
- Autorización del tutor legal para tomar foto y video. Plan de contingencia en caso de desastre
- Perfil del estudiante
- Registro de enfermería
- Autorización para administrar medicamentos
- Certificado médico
- Estudio Socioeconómico
- Compromiso de pago

REQUISITOS DE ADMISIÓN

- Copia de certificado original de sacramentos adquiridos (bautismo, primera comunión y/o confirmación)
- Copia del certificado de nacimiento
- Récord académico (Transcripción de créditos)
- Certificado de inmunización Original (Vacunas)
- Carta de recomendación del director escolar o maestro de la institución donde estudió
- Dos (2) fotos 2x2
- Examen dental para grados K, 2, 4, 6 y 8 (Estudiantes nuevos y activos)
- Prueba psicométrica a estudiantes de prekínder- kínder, a solicitud del principal o trabajador social. **La misma puede ser solicitada en cualquier grado de identificarse la necesidad.**

SOLICITUD DE ADMISIÓN

Año Escolar: 2024-2025

Fecha de solicitud: _____

Instrucciones: Favor de llenar este formulario en letra legible. La información aquí contenida se referirá a la familia con quien reside el/los estudiantes(s) para el cuál(es) solicita admisión.

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

¿Con quién vive el estudiante? Madre Padre Ambos Otro (especifique): _____

Núm. miembros en la familia: _____

Núm. de niños en la familia: _____

¿Tiene hermano(a) en el Colegio? No Sí

Grado: _____

(indicar nombre) _____

Estudió en el Colegio anteriormente No Sí

Razón de traslado: _____

Religión: _____

Parroquia a la pertenece: _____

SOLICITUD – ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: _____

Grado que va a cursar: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar: _____

Edad: _____

Escuela o colegio de procedencia: _____

Municipio: _____ Teléfono: _____

¿Está el estudiante registrado en el Departamento de Educación en el Programa de Educación Especial?

Sí No

¿Padece de alguna condición de salud? Sí No Especifique: _____

Sacramentos: Bautismo Comunión Confirmación

INFORMACIÓN DEL PADRE

Nombre del Padre: _____

¿Está vivo? Sí No

Religión: _____

Lugar de nacimiento: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Dirección postal: _____

Escolaridad: _____

*(ES) Escuela Elemental (IS) Escuela Intermedia (HS) Escuela Superior
(UC) Créditos Universitarios (N/A) No aplica (AD) Grado Asociado
(BA) Bachillerato (MA) Maestría (DO) Doctorado*

Dirección residencial: _____

Ocupación: _____

Teléfono del trabajo: _____

Lugar de trabajo: _____

INFORMACIÓN DE LA MADRE

Nombre de la Madre: _____

¿Está vivo? Sí No

Religión: _____

Lugar de nacimiento: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Dirección postal: _____

Escolaridad: _____

*(ES) Escuela Elemental (IS) Escuela Intermedia (HS) Escuela Superior
(UC) Créditos Universitarios (N/A) No aplica (AD) Grado Asociado
(BA) Bachillerato (MA) Maestría (DO) Doctorado*

Dirección residencial: _____

Ocupación: _____

Teléfono del trabajo: _____

Lugar de trabajo: _____

DECLARACIÓN DE COMPROMISO

Al solicitar la matrícula para nuestro hijo(a) _____ y mientras permanezca en el colegio; como padre, madre y/o tutor legal aceptamos las siguientes declaraciones, basadas en la misión, valores y filosofía del colegio, así como, el currículo, el Reglamento Escolar y Normas Académicas, que piden un compromiso de parte de los nuevos estudiantes y de sus padres o tutores. Su firma abajo indica la aceptación de estos puntos básicos:

1. Todo estudiante que se matricula en el Colegio Católico Diocesano acepta la meta de la integración de su fe cristiana, su desarrollo intelectual e integral y su compromiso personal de servicio a su pueblo.
2. El colegio no discrimina a ningún estudiante por su religión o credo, pero entiendo que la instrucción católica que ofrece es parte de su filosofía y currículo académico. Entiendo que como institución académica, le ofrecerá a mi hijo(a) instrucción cristiana católica. Su compromiso como estudiante es participar en todas las actividades religiosas que le sean asignadas como parte de sus deberes académicos y seguir las normas establecidas para cada una de ellas.
3. Los padres, que son los responsables primarios de la educación de su hijo(a), se comprometen a una total colaboración con los educadores del colegio a quienes confían a su hijo(a).
4. Los padres o tutor del estudiante se comprometen a respetar los postulados de la misión, valores y filosofía educativa del colegio y se comprometen a ayudar al estudiante a **conocer, comprender e integrar los valores del colegio y a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas en el Reglamento y/o Manual del Estudiante**
5. Los padres apoyan una formación sólida en los valores del Evangelio, y prometen tratar de reforzar los valores enseñados y vividos en el colegio con la vivencia de los mismos valores en su hogar.
6. Los padres asistirán fielmente a las orientaciones y/o reuniones de padres a las cuales serán citados periódicamente, así como las citas del personal que intervienen en la educación de sus hijos.
7. Aceptamos todas las condiciones académicas, disciplinarias y económicas establecidas por esta Institución privada. En algunos casos la administración tomará medidas correctivas de acuerdo con el Reglamento y/o Manual del Estudiante, que serán respaldadas por nosotros, los padres.
8. Aceptamos y nos comprometemos a cumplir con el Reglamento del Estudiante y Normas Académicas establecidas por el colegio como requisito de admisión y readmisión a esta Institución.

Favor de Devolver con Solicitud

Hemos leído y comprendido estos puntos esenciales de la filosofía y objetivos del Colegio Católico Diocesano de Arecibo _____, así como las normas establecidas en el Reglamento y/o Manual del Estudiante. Los aceptamos como están.

Firma de los padres: _____

Fecha: _____

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

**AUTORIZACIÓN DEL TUTOR LEGAL PARA TOMAR FOTOS O VIDEOS A MENORES
PARA LA PUBLICACIÓN EN PÁGINA WEB Y FACEBOOK INSTITUCIONAL**

Entiendo que mediante este documento se solicita autorización para tomar fotos o videos a mi hijo(a) durante lecciones y/o actividades del colegio. Las mismas serán tomadas por personal de la institución y/o fotógrafo profesional y podrán ser publicadas en la página Web o Redes Sociales de los Colegios Diocesanos de Arecibo y/o de la Institución.

Sí autorizo a tomar fotos y videos a mi hijo(a) _____ durante lecciones y/o actividades del colegio tomadas por fotógrafo profesional o personal de la Institución.

No, autorizo la publicación de fotos y videos de mi hijo(a).

Nombre en letra de molde del padre/madre/tutor legal: _____

Firma del padre, madre o tutor legal

Fecha

PLAN DE CONTINGENCIA EN CASO DE DESASTRE

Yo, _____, padre/madre/tutor legal, autorizo a mi hijo(a) _____ del _____ grado a participar en los ejercicios de desalojo en caso de emergencia. Autorizo a la Administración del Colegio, para que en caso de una emergencia el menor sea trasladado fuera del plantel para que sea ubicado en un área más segura. En caso de terremoto, la Administración del Colegio se compromete a retener los estudiantes que no puedan ser recogidos por su padres o familiares, durante las próximas 24 horas después de la emergencia, a excepción de instrucciones de las autoridades del Gobierno de Puerto Rico. Luego de las 24 horas serán trasladados al refugio más cercano.

Firma del padre, madre o tutor legal

Fecha

PERFIL DEL ESTUDIANTE
2024-2025

Nombre del estudiante: _____

Seguro Social: _____ - _____ - _____ Grado y Grupo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Dirección postal: _____

Dirección residencial: _____

Teléfono del hogar: _____ El estudiante vive con: _____

Nombre del padre o encargado: _____

Trabaja en: _____ Ocupación: _____

Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____

Nombre de la madre: _____

Trabaja en: _____ Ocupación: _____

Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____

¿A quién llamar en caso de emergencia?

1. _____ Tel.: _____

2. _____ Tel.: _____

3. _____ Tel.: _____

Condiciones especiales de salud: _____

Otras personas autorizadas a recoger estudiantes:

1. _____ Tel.: _____

2. _____ Tel.: _____

3. _____ Tel.: _____

Certifico correcto: _____

Firma del Padre, Madre o Encargado

REGISTRO DE ENFERMERÍA

Nombre del estudiante: _____ Grado a cursar: _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ (mm/dd/yy) Teléfono: _____
 Nombre del Padre: _____ Teléfono: _____
 Nombre de la Madre: _____ Teléfono: _____
 Dirección postal: _____

En caso de emergencia, nos podemos comunicar con las siguientes personas, favor colocar en orden de prioridad

Nombre: _____ Teléfono: _____
 Nombre: _____ Teléfono: _____
 Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre del médico de familia (cabecera): _____ Teléfono: _____

Plan Médico: _____

Condiciones que padece o ha padecido:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asma <small>(Traer certificado médico requerido por la OA 473 del Departamento de Salud)</small> | <input type="checkbox"/> Migraña |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Problemas de Conducta |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Problemas Gástricos |
| <input type="checkbox"/> Dengue | <input type="checkbox"/> Problemas Menstruales |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas Sangre |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Problemas de la Vista |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Pulmonía |
| <input type="checkbox"/> Hipoglicemia | <input type="checkbox"/> Sarampión |
| <input type="checkbox"/> Infecciones garganta | <input type="checkbox"/> Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Infecciones oído | <input type="checkbox"/> Varicelas |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Otros (especifique): _____ |

******SI PADECE DE ALGUNA CONDICIÓN, FAVOR TRAER CERTIFICACIÓN MÉDICA ******

Alergias: Tipo de alergia: _____ Medicamento que utiliza: _____

Alergia a medicamentos: _____

Firma del padre, madre o tutor legal

Fecha

**AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS
Y CONSENTIMIENTO DE AMBULANCIA**

Yo, _____, padre/madre/tutor legal, autorizo (___ si, ___ no) a la enfermera escolar a atender y administrar medicamentos, en su versión original y genérica, a mi hijo(a) _____ del ___ grado de ser necesario si se siente mal, enfermo o lesionado. De igual manera (___ si, ___ no) autorizo que pueda acompañar a mi hijo(a) en ambulancia en caso que fuese necesario. Además, estoy consiente de que esta no tomará ninguna decisión en relación al tratamiento hospitalario de mi hijo(a). Me comprometo a dirigirme a la Institución hospitalaria a la mayor brevedad posible para hacerme a cargo de su cuidado.

Favor marcar (Si) – (No) autoriza alguno de los siguientes medicamentos en su versión original o genérico:

SI	NO	
___	___	Acetaminofén líquido o tableta (Ej.: Panadol, Tylenol)
___	___	Agua de Azahar
___	___	Analgésico en crema o gel
___	___	Anestésico de garganta
___	___	Anestésico oral (afta bucal, Ej.: Orajel)
___	___	Antiácido
___	___	Árnica o de algun tratamiento en gel o crema para el dolor o inflamación.
___	___	Benadryl u otro medicamento similar para alergias.
___	___	Betadaine u otro medicamento similar
___	___	Caladryl u otro medicamento similar
___	___	Crema para quemaduras
___	___	Gotas de ojos
___	___	Hidrocortisona en crema
___	___	Ibuprofen de adulto
___	___	Peptobismol
___	___	Triple antibiótico
___	___	Realizar prueba de la glucosa
___	___	otro, especificar: _____

Firma del padre, madre o tutor legal

Fecha

CERTIFICADO MÉDICO
Año Escolar: 2024-2025

Nombre del Estudiante: _____ Grado _____

Fecha de Nacimiento: _____

EXAMEN FÍSICO

Estatura: _____ Peso: _____ Signos Vitales: Bp _____ P _____ R _____

Visión: Con espejuelos _____ Sin Espejuelos _____

Oído: _____ Naríz: _____ Garganta: _____

Condiciones de salud que padece (asma, diabetes, corazón, epilepsia, alergias, otros)

Impedimentos físicos (si alguno)

¿Alérgico a medicamentos o alimentos? Explique.

Operaciones (si alguna): _____

Diagnóstico y recomendaciones para cuidado médico, seguimiento, estudios adicionales, etc.

¿Puede participar en todas las actividades físicas incluyendo todas las actividades de educación física, actividades extracurriculares, etc?

¿El estudiante se encuentra bajo algún tratamiento médico (medicamento) de uso diario o continuo?

Explique _____

Firma del Médico

Número de Licencia: _____

PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO EDUCATIVO

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

AÑO ESCOLAR 2024-2025

Estimados padres o encargados:

El Departamento de Educación en virtud a la Ley de Educación Elemental y Secundaria de 1965, según enmendada está llevando a cabo el proceso de Consulta con las escuelas privadas autorizada en participar de los servicios de los programas de Fondos Federales en Puerto Rico. En la consulta para el año escolar 2024-2025 se requiere proveer información relacionada al nivel socioeconómico de cada estudiante de nuestra escuela, entre otros datos.

La información recopilada será para uso exclusivo del Departamento de Educación, de forma tal que puedan aplicar las fórmulas correspondientes para recibir la participación equitativa que corresponde a esta escuela. Entendemos que contar con estos programas federales refuerza los servicios educativos que ofrecemos a nuestros estudiantes. **Le exhortamos a que complete la información que se solicita más adelante por cada niño que asista a nuestra escuela.**

INFORMACIÓN REQUERIDA

1. Región Educativa de ARECIBO.
 2. Distrito Escolar de ARECIBO.
 3. Escuela COLEGIO SAN FELIPE
 4. **Nombre Estudiante:** _____
 5. Edad _____ Grado _____ Sexo: Femenino Masculino
 6. Total de miembros de la familia (incluye al estudiante): _____
 7. Nombre del Padre o Encargado: _____
 Ocupación: _____ **A. Ingreso Anual del padre:**
 \$ _____
 8. Nombre de la Madre: _____
 Ocupación: _____ **B. Ingreso Anual de la madre:**
 \$ _____
 9. Otros miembros: _____
 Ocupación: _____ **C. Ingreso Anual de los otros miembros:**
 \$ _____
- Total de ingreso anual familiar: \$ _____**

10. **Firma Padre, Madre o Encargado:**

COMPROMISO DE PAGO

A ser completado en el colegio.

