

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



SOLICITUD DE READMISIÓN AÑO ESCOLAR 2026-2027

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Número de familia _____

El Colegio 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 *(certifico que NO hubo cambios en el documento completado el año escolar anterior) Favor iniciar en este espacio: _____*
- Autorización del tutor legal para tomar foto y video. Plan de contingencia en caso de desastre *(certifico que NO hubo cambios en el documento completado el año escolar anterior) Favor iniciar en este espacio: _____*
- Perfil del estudiante
- Registro de enfermería *(certifico que NO hubo cambios en el documento completado el año escolar anterior) Favor iniciar en este espacio: _____*
- Autorización para administrar medicamentos *(certifico que NO hubo cambios en el documento completado el año escolar anterior) Favor iniciar en este espacio: _____*
- Autorización para atención hospitalaria *(certifico que NO hubo cambios en el documento completado el año escolar anterior) Favor iniciar en este espacio: _____*
- 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: 2026-2027**

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
 (indicar nombre) _____ Grado: _____
 (indicar nombre) _____ Grado: _____
 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: _____ Edad: _____
 Seguro Social: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Lugar: _____ Municipio: _____
 Escuela o colegio de procedencia: _____ 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: _____

 Dirección residencial: _____
 Ocupación: _____ Teléfono del trabajo: _____
 Lugar de trabajo: _____

(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

INFORMACIÓN DE LA MADRE

Nombre de la Madre: _____ ¿Está vivo? Sí No
 Religión: _____ Lugar de nacimiento: _____
 Teléfono: _____ Correo electrónico: _____
 Dirección postal: _____ Escolaridad: _____

 Dirección residencial: _____
 Ocupación: _____ Teléfono del trabajo: _____
 Lugar de trabajo: _____

(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

PERFIL DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Dirección postal: _____

Dirección residencial: _____

Teléfono del hogar: _____

El estudiante vive con: ? _____ Madre _____ Padre _____ Ambos _____ Otro (especifique): _____

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: _____

Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) a recoger a mi hijo/a en el Colegio San Felipe:

Nombre Completo	
Parentesco	
Teléfono	
Número de Identificación (licencia de conducir)	

Deberá proveer copia de la identificación con foto.

Nombre Completo	
Parentesco	
Teléfono	
Número de Identificación (licencia de conducir)	

Deberá proveer copia de la identificación con foto.

Entiendo que cualquier cambio en esta autorización deberá ser notificado por escrito y entregar a la oficina de administración.

Certifico correcto: _____

Firma del Padre, Madre o Encargado

CERTIFICADO MÉDICO

Año Escolar: 2026-2027

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
mes-día-año

Sexo: _____ Edad: _____ Peso: _____ Estatura: _____ ABO: _____
 (si lo conoce)

EXAMEN FÍSICO

Signos vitales: T: _____ Pulso: _____/min R: _____/min Presión: _____/_____ mmHg

Marque según la columna. Favor de escribir en los comentarios si padece de alguna condición según los sistemas.

EVALUACIÓN CLÍNICA	NORMAL	ANORMAL	NO EVALUADO	COMENTARIOS
Piel				
Oídos, nariz y garganta				
Cardiovascular				
Respiratorio				
Gastrointestinal				
Musculoesquelético				
Neurológico				

RESULTADOS DE LOS ÚLTIMOS LABORATORIOS

Serología	Fecha realizada	Resultado
CBC y diferencial	Fecha realizada	Resultado
Urianálisis	Fecha realizada	Resultado

RESUMEN DE HALLAZGOS EN HISTORIAL, EXAMEN FÍSICO Y LABORATORIOS REQUERIDOS

PREGUNTAS	SI	NO	Comente su contestación afirmativa
¿Tiene el estudiante un problema de salud significativo o incapacitante?			
¿Está en tratamiento por alguna condición de salud física o mental?			
¿Existe alguna contraindicación para la participación en actividades atléticas que requieren esfuerzo física?			
¿Existe alguna recomendación especial para el manejo de los problemas de salud del estudiante?			

Hospitalizaciones, cirugías o enfermedades en el último año (especifique):

Alergias a medicamentos, ambiente o alimentos (especifique):

¿Al presente ingiere algún medicamento? (especifique):

Fecha del examen

Firma del médico

Número de Licencia

Teléfono

PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO EDUCATIVO

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

AÑO ESCOLAR 2026-2027

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 2026-2027 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:** _____