

LEBANON CATHOLIC SCHOOL

Apellido del Estudiante _____ Nombre del Estudiante _____

Segundo Nombre _____ Nombre Preferido/sobrenombre _____

Dirección _____ Ciudad/Estado/Código _____

Fecha de Nacimiento _____ Ciudad de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

Edad Presente _____ Grado Presente _____ Grado aplicado _____ Fecha de Entrada y Semestre _____

Teléfono de Casa/ Area y Código: _____ Celular _____

Escuela Presente _____ Teléfono/Area y Código _____

Dirección _____ Número de Fax (si disponible) _____

Distrito Escolar en donde reside _____

El estudiante tiene alguna limitación física? _____

Iglesia _____ Denominación _____

Dirección de la Iglesia _____ Teléfono _____

Información del Padre/ Guardián

Nombre completo del Padr _____ Teléfono _____

Dirección de casa _____

E-Mail _____

Empleador _____ Título de trabajo _____

Dirección _____ Teléfono _____

Nombre Completo de la Mamá _____ Apellido de Soltera _____

Dirección _____ Teléfono _____

E-Mail _____

Empleador _____ Título de trabajo _____

Dirección _____ Teléfono _____

Situación del hogar: Ambos Padres _____ Un Padre _____ Padres separados o divorciados
Padrastra/Madrastra _____ Padre Casado _____ Madre Casada _____ Hijo vive con _____

Derechos del Padre (en caso de separación o divorcio) (documentación de la corte requerida)

Idioma (otro que no sea Inglés) hablado en casa _____

INFORMACIÓN DE MATRÍCULA

Quién es responsable por pagos ? Nombre _____

Dirección (si es diferente a la de los Padres.) _____ Teléfono _____

INFORMACIÓN SACRAMENTAL

Iglesia

Ciudad/Pueblo y Estado

Fecha

Bautizo _____

Primera Comunión _____

Eucaristía _____

Confirmación _____

OTRA INFORMACIÓN

Porfavor incluya todos los hermanos y hermanas que asistirán a Lebanon Catholic durante el año entrante: _____

Nombre

Grado

Porqué quiere asistir a Lebanon Catholic? _____

Cómo se enteró de Lebanon Catholic? _____

En qué escuela, comunidad, o actividades religiosas a estado envuelto en los pasados dos años? _____

Cuáles son sus interes primordiales? _____

Los Padres y Guardiánes estan de acuerdo que ellos y sus hijos obedecerán polsas y procedimientos que se adopten de vez en cuando por la Diocesis o por la escuela, particularmente aquellas planteadas en el manual escolar. Yo/Nosotros prometemos que Yo/Nosotros pagaremos la matrícula establecida por la Junta Directiva de la escuela para mis hijo(s) a tiempo. Yo/Nosotros pagaremos los cargos razonales de abogados con una taza de interes a 1.5% por mes en caso de no pagar.

Firma del Padre/Guardián _____ *Fecha* _____

Firma de su Sacerdote _____

Grado _____
Salón _____
Fecha de Nacimiento _____

2010-2011

ESCUELA CATÓLICA DE LEBANON TARJETA DE EMERGENCIA

Nombre del Estudiante _____ Vive con _____
Dirección _____ Teléfono _____ Celular _____
Cambio de Dirección _____
Padre _____ Teléfono durante el día _____
Lugar de trabajo _____ Teléfono durante el día _____
Madre _____ Teléfono durante el día _____
Lugar de Trabajo _____ Teléfono durante el día _____

Porfavor, a quién le gustaría usted que se llamara primero: _____

NOMBRE DE UN FAMILIAR O VECINO QUE PODEMOS LLAMAR SI USTED NO SE ENCUENTRA EN CASA Y EN CASO DE UNA EMERGENCIA.

Nombre: _____ Relación: _____
Número de Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____
Número de Teléfono: _____

PÓLIZA PARA MEDICAMENTO

Porfavor Refiérase al Manual de Estudiante/Padre para los Procedimientos y Pólizas de Servicio de Salud.

Yo doy mi consentimiento a la Enfermera de la escuela para que administre con Discreción los siguientes hijo.medicamentos al estudiante arriba mencionado: (Ver Autorización Adjunta para los Medicamentos sin Receta Médicas).

Autorización para una Emergencia

En caso de que mi hijo esté o se ponga enfermo o se lastime mientras esté o se encuentre viajando en cualquier evento de La Esuéla Católica de Lebanon o cualquirea función. Yo como Padre o Guardián, por éste medio autorizo a La Escuela Católica de Lebanon o cualquiera de sus representantes para que transporte a mi hijo al hospital o Médico si no se pueden contactar con ninguno de los padres despues de una investigación razonable y si La Escuela Católica siente que es necesaria una evaluación médica inmediata.

Yo además autorizo al médico o hospital en donde mi hijo haya sido llevado que le presten el servicio médico o tratamiento quirúrgico necesario bajo las circunstancias.

INFORMCIÓN DE SALÚD

La siguiente información puede ser vital en caso de una emergencia. Esta información puede ser compartída con el personal de la escuel para la seguridad y bienestar educacional de su

PORFAVOR PONGA EN LA LISTA:
Todas las Condiciones Médicas

ALERJIAS:

Firma del Padre _____
Médico Familiar _____
Teléfono _____