

ACADEMIA DISCÍPULOS DE CRISTO
VEGA ALTA, P.R.



Grado a matricular

**DOCUMENTOS DEL ESTUDIANTE REQUERIDOS PARA
MATRÍCULA NUEVO INGRESO**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

1. _____ Formulario de Matrícula
2. _____ Certificado de Nacimiento (copia)
3. _____ Certificado de Inmunización (Vacunas) – Hoja verde
4. _____ Certificado Médico
5. _____ Certificado Oral (Dentista)
6. _____ Seguro Social
7. _____ Transcripción de Créditos
8. _____ Tarjeta de Notas
9. _____ Dos (2) Cartas de Recomendación (Director y Maestro de la escuela de procedencia)
10. _____ Una (1) Foto 2x2
11. _____ Evaluación Psicométrica
12. _____ Autorización de participación en fotografías y videos
13. _____ Compromiso del Reglamento

Para poder procesar la matrícula deben entregar TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS.

PARA USO OFICIAL

Expediente: _____ Completo _____ Incompleto

Fecha sometido: _____

Verificado por: _____

Fecha de entrevista: _____ **Hora:** _____



ACADEMIA DISCÍPULOS DE CRISTO
VEGA ALTA, P.R.

SOLICITUD DE MATRÍCULA
Año Académico 2019-2020

Grado a matricular

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Apellido Paterno	Apellido Materno	Primer Nombre	Segundo Nombre
Seguro Social	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)		Lugar de Nacimiento

Afiliación religiosa: Evangélico Católico No afiliado Otro: _____

Nacionalidad: Americana Otra: _____

Nombre de la Escuela de Procedencia: _____ Privada Pública

Condiciones especiales de salud que la Academia deba conocer: _____

¿Qué hacer en caso de emergencia? _____

¿A quién llamar en caso de emergencia?		
Nombre completo	Parentesco	Teléfono
1.		
2.		
3.		

Además de los padres, indique otras personas que usted autoriza a recoger al estudiante en caso de emergencia u otras razones.		
Nombre completo	Parentesco	Teléfono
1.		
2.		
3.		

Es estudiante vive con : Padre Madre Abuelos Otro: _____

¿El estudiante ha sido sometido a acciones disciplinarias en otra escuela? Sí No

¿Ha sido suspendido en otra institución educativa? Sí No

¿Ha sido sometido a procesos judiciales en el Tribunal de Menores? Sí No

¿Es o ha sido usuario de sustancias controladas? Sí No

Información del médico o pediatra:

Nombre: _____ Tel. _____

Ubicación: _____ Celular: _____

Autorizo a llevar a al estudiante a una Sala de emergencias para recibir primeros auxilios (favor de marcar sus iniciales)

_____ Autorizo _____ No autorizo

DECLARAR NEGATIVAMENTE A LO ANTERIOR CON EL FIN DE OBTENER INGRESO EN LA INSTITUCIÓN SERÁ RAZÓN PARA INVALIDAR LA MATRÍCULA DEL ESTUDIANTE.

ACADEMIA DISCÍPULOS DE CRISTO
VEGA ALTA, P.R.
(CONTINUACIÓN)

RÉCORD DE FAMILIA:

Nombre completo del estudiante: _____

Dirección Residencial: _____

Dirección Postal: _____

Teléfono Residencial: _____

INFORMACIÓN DE LOS PADRES:

Nombre completo del padre:	Nombre completo de la madre:	Nombre completo del encargado:
Número de teléfono personal del padre:	Número de teléfono personal de la madre:	Número de teléfono del encargado:
Correo electrónico (LEGIBLE):	Correo electrónico (LEGIBLE):	Correo electrónico (LEGIBLE):
Profesión del padre:	Profesión de la madre:	Profesión del encargado:
Lugar de trabajo del padre:	Lugar de trabajo de la madre:	Lugar de trabajo del encargado:
Posición que ocupa:	Posición que ocupa:	Posición que ocupa:
Teléfono del trabajo y Ext.	Teléfono del trabajo y Ext.	Teléfono del trabajo y Ext.
Estado civil padre:	Estado civil madre:	Estado civil encargado:
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Otro: _____
Preparación Académica (Indique el grado máximo cursado)		
<input type="checkbox"/> Escuela Elemental <input type="checkbox"/> Escuela Intermedia <input type="checkbox"/> Escuela Superior <input type="checkbox"/> Créditos Universitarios <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Escuela Elemental <input type="checkbox"/> Escuela Intermedia <input type="checkbox"/> Escuela Superior <input type="checkbox"/> Créditos Universitarios <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Escuela Elemental <input type="checkbox"/> Escuela Intermedia <input type="checkbox"/> Escuela Superior <input type="checkbox"/> Créditos Universitarios <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Otro: _____

¿Cuántos familiares viven bajo el mismo techo incluyendo al estudiante? _____ Hermanos _____ mayores _____ menores

¿Tiene hermanos en la Academia? Sí No

– Nombre: _____ grado _____

– Nombre: _____ grado _____

Ingreso Anual familiar (estimado): _____

ACADEMIA DISCÍPULOS DE CRISTO
VEGA ALTA, P.R.
(CONTINUACIÓN)

RÉCORD DE FAMILIA:

Nombre completo del estudiante: _____

Nombre de la persona responsable de los pagos de A. D. C. _____

Parentesco: _____ Correo electrónico: _____

Yo, _____, como padre, madre, abuelo (a) y/o encargado (a) de _____ certifico que la información suministrada es cierta y los documentos sometidos son fieles y corresponden al estudiante indicado. Además, he leído y conozco la filosofía de trabajo y las normas de conducta que exigen a los estudiantes de la Academia y estoy en disposición de cumplirlas y hacerlas cumplir a mi hijo (a).

Firma del padre, madre o encargado

Fecha



ACADEMIA DISCÍPULOS DE CRISTO
VEGA ALTA, P.R.

CERTIFICADO MÉDICO
Año Académico 2019-2020

ESTE CERTIFICADO DEBE SER CUMPLIMENTADO EN TODAS SUS PARTES.

Apellido Paterno	Apellido Materno	Primer Nombre	Segundo Nombre
Edad	Fecha de Nacimiento (día/mes/año)		Lugar de Nacimiento

Dirección Residencial: _____

EXAMEN FÍSICO (Apariencia general):

Peso _____ Piel _____ Boca _____
Estatura _____ Pecho _____ Corazón _____
Oídos _____ Pulmones _____ Sistema Glandular _____
Nariz _____ Reflejos _____ Sistema Neurológico _____
Garganta _____ Postura _____ Visión general: Con espejuelos
Dientes _____ Extremidades _____ Sin espejuelos

HISTORIAL:

Alergias (causas) _____ Operaciones _____
Diabetes _____ Deformidad miembros _____
Fatiga _____ Dermatitis _____
Asma _____ Vértigo _____
Riñones _____ Hipoglucemia _____
Epilepsia _____ Migraña _____
Corazón _____ Gastrointestinal _____
Enf. Metales _____ Dismenorrea _____
Fracturas _____ Otros _____

Insulino-dependiente: Sí No

RESUMEN: (Diagnostico, Recomendaciones, Seguimiento, Estudios Adicionales, Etc.):

ACTIVIDADES FÍSICAS APROBADAS:

- El estudiante puede participar en todas las actividades físicas del Departamento Atlético entíendase, todas las actividades de Educación Física, actividades extracurriculares y competencias atléticas.
- Puede participar en todas las actividades físicas con las siguientes condiciones: _____
- No puede participar en ninguna de las actividades físicas ni de la clase de Educación Física. Explique la (s) causa (s) y restricción (es) _____

Certifico que he examinado al estudiante arriba mencionado y se encuentra libre de enfermedades contagiosas que le incapaciten para dedicarse a sus estudios sin peligro para sus compañeros, maestros y demás personal.

Este certificado no es válido por más de un año, luego de la fecha expedido.

Nombre del Médico en letra de molde

Firma del Médico

Sello original con número de licencia

Fecha de hoy



ACADEMIA DISCÍPULOS DE CRISTO
VEGA ALTA, P.R.

Nombre completo del estudiante: _____ Grado _____

AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN EN FOTOGRAFÍAS Y VIDEOS

Durante transcurso del Año Escolar, la Academia realiza diversos eventos en forma de representación, exposición, presentaciones o visitas de algún oficial. La Academia también realiza excusiones y actividades extracurriculares que son grabadas en video y/o fotografiadas. Estas imágenes podrían ser utilizadas para:

1. Subirlas a nuestra página web, blogs, redes sociales y canales de video de cualquier asignatura o cualquier otro soporte online oficial de la Academia para que las familias y cualquier persona interesada en nuestros servicios educativos puedan verlas.
2. Publicarlas y presentarlas en trabajos de investigación educativa de la institución y/o en actividades como graduaciones, Cuadro de Honor, entre otras.
3. Publicarlas en cualquier medio de comunicación (periódicos, revistas, web, etc.) por parte de los distintos organismos oficiales que realizan una actividad concreta para dar constancia de lo que se ha hecho en nuestra institución académica.
4. Integrarlas en cualquier campaña publicitaria de nuestra oferta académica.

Los padres o encargados deben dar su consentimiento para que se puedan tomar imágenes fijas o en video. Por ello, es necesaria la autorización, por escrito.

Yo _____, padre, madre o encargado

Autorizo al personal de administrativo y/o docente de la Academia Discípulos de Cristo en Vega Alta a tomar video y/o fotografiar imágenes de mi hijo (a) o parecido. Autorizo a publicarlas en las plataformas anteriormente mencionadas. Entiendo que esas imágenes serán propiedad de la Academia para utilizarlas como crea conveniente. Y certifico ser el padre, madre o tutor legal del menor a ser fotografiado. Reconozco y acepto que no tendré derecho a remuneración, compensación o pago por la misma.

No autorizo

Nombre del estudiante _____ Grado _____ Relación con el estudiante _____

Nombre del padre, madre o encargado _____

Firma _____ Fecha _____