

CALEXICO ADVENTIST MISSION SCHOOL

Aplicación

Está aplicando para Inglés: Regular____ Especial (ESL) ____
Kinder____ Primaria____ Secundaria____ Preparatoria____ .

Nombre: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

Dirección: _____
Calle y número Colonia o Fraccionamiento

_____ _____ _____
Ciudad Estado Zona postal

Teléfono: _____
Casa Celular Trabajo

Nacimiento: _____
Lugar Fecha (día/mes/año) Edad Religión

Datos de Familia:

- Separado
 Divorciado
 Viudo

Nombre del padre: _____
Dirección: _____

Ocupación: _____ Religión: _____

Teléfono: _____
Casa Celular Trabajo

- Separada
 Divorciada
 Viuda

Nombre de la madre: _____
Dirección: _____

Ocupación: _____ Religión: _____

Teléfono: _____
Casa Celular Trabajo

Continúe al reverso...

Información escolar: Por favor liste las escuelas a las que ha atendido.

Lugar y nombre de la escuela	Nivel escolar	Año
------------------------------	---------------	-----

Lugar y nombre de la escuela	Nivel escolar	Año
------------------------------	---------------	-----

Lugar y nombre de la escuela	Nivel escolar	Año
------------------------------	---------------	-----

Ha sido despedido (a) de alguna escuela? Si _____ No _____
Cuando y porque? _____

Datos de salud:

Esta bajo algún tratamiento medico? Si _____ No _____

Explique por favor: _____

Datos de Emergencia:

1. En caso de que yo no pueda venir a buscar a mi hijo (a) autorizo a la persona nombrada abajo para que venga a buscarlo (a).

Nombre	Dirección	Teléfono
--------	-----------	----------

2. En caso de alguna emergencia, desastre o desorden civil, autorizo a Calexico Adventist Mission School para que deje a mi hijo/a al cuidado de la persona nombrada abajo quien reside en los Estados Unidos de Norteamérica.

Nombre	Dirección	Teléfono
--------	-----------	----------

Firma de Autorización	Padre _____	Madre _____	Tutor _____
-----------------------	-------------	-------------	-------------

Continue en la página siguiente...

Datos Financieros:

Nombre de la persona responsable de la cuenta: _____

Dirección: _____

Calle y Número

Fraccionamiento o Colonia

Ciudad

Estado

Zona Postal

Teléfono: _____

Casa

Celular

Trabajo

Compromiso Financiero:

Compromiso que adquirimos con Calexico Adventist Mission School por la educación académica que mi hijo/a: _____

Recibirá en ésta institución.

Se hace del conocimiento de los padres de familia, que a partir de la fecha de hoy, se obligan a cumplir con los puntos que a continuación se describen. Esto es con el fin de que éste centro de estudios pueda continuar en la buena educación de su (s) hijo (s).

1. Es requisito presentar comprobante de residencia Mexicana o USA (recibo de luz, gas, teléfono, etc.). Además una identificación con fotografía (Credencial electoral, licencia de manejar, etc.).
2. En caso de que la familia cambie de domicilio, se obligan por éste conducto a proporcionar el nuevo domicilio dentro de los primeros 15 días, ésto con el fin de tener actualizada toda la información del alumno.
3. Al firmar éste documento usted (es) se compromete (n) a hacer sus pagos mensualmente y a tiempo. Usted(es) tiene(n) de el día 1ro hasta el día 10 de cada mes para hacer su pago y recibir un **descuento de \$10.00 Dlls.** Por pronto pago. El día quince (15) del mes es el último día para hacer su pago sin descuento. **Los alumnos cuyas cuentas tengan un retraso de 30 días, tendrán que ser suspendidos de clases hasta que se hagan arreglos financieros.** No hay reembolso por los días de suspension por ésta causa o por suspensiones similares.
4. Habiendo leído los puntos que anteceden, los padres señalan que estan de acuerdo en todo lo estipulado y se obligan por éste conducto a cumplir con todos los pagos a tiempo. Si por alguna razón no llegara a cumplir con los pagos entiendo que mi cuenta sera llevada a colección. Por favor evite que su crédito sea afectado.

Firman de conformidad

Nombre y firma del padre

Nombre y firma de la madre

**AUTORIZACION DE SALIDA EN CASO DE DESASTRE
CALEXICO ADVENTIST MISSION SCHOOL**

Nombre y apellido del alumno (a): _____

En caso de un desastre mayor que cause daños estructurales a nuestra escuela (tales como fuego, terremoto, explosión, etc.) los alumnos **solamente** podrán salir de la escuela con personas autorizadas para ello. **NO HABRA EXCEPCIONES.**

Favor de proporcionar **nombres y números de teléfonos** de adultos (18 años o más) quienes podran firmar y retirar a su hijo/a de la escuela. Por favor use letra de molde.

Nota: Una forma para cada alumno (a).

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

Esta autorización permanecerá en efecto durante el actual curso escolar o hasta que sea revocada por escrito.

Firma del padre, madre o tutor

Fecha



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO E INFORMACION A LAS AUTORIDADES

Nosotros los infrascritos padres o tutores de el(la) menor _____
Por medio de la presente damos nuestro consentimiento para cualquier rayos-x, anestesia, cirugía diagnostica, tratamiento o servicio de hospital que puedan ser prestados al(la) menor bajo las instrucciones del doctor (favor de proporcionar nombre y teléfono) _____

Que la escuela llame, no importa el tratamiento o diagnóstico sea dado en la oficina del doctor o en un hospital con licencia. Es entendido que se harán esfuerzos razonables por encontrar el doctor nombrado arriba antes que algún otro doctor sea llamado por la escuela u otra organización.

Este consentimiento es dado antes de que cualquier diagnóstico o tratamiento específico sea requerido y autorizamos a Calxico Adventist Mission School o al médico para ejercitar su mejor juicio sobre el diagnóstico y/o tratamiento.

Esta autorización permanecerá en continuo efecto hasta que sea revocada por escrito y sera entregada al doctor y también a la escuela que tiene a su cargo la custodia del(la) menor.

Nosotros autorizamos a cualquier hospital, medio u otra persona que haya atendido o examinado al menor, para que provea información a la compañía de seguros, o a su representante en relación con cualquier enfermedad, record medico y de hospital.

Una copia fotostática de ésta autorización debe ser considerada tan efectiva y válida como la original.

Persona responsable: _____

Relacion con el estudiante: Padre _____ Madre _____ Tutor _____

Fecha: _____

PERMISO PARA SALIR EN VIAJES AUTORIZADOS POR LA ESCUELA

Firme abajo para otorgarle permiso a su hijo/a para salir en viajes autorizados por ésta escuela. Si usted no firma, el permiso **no** es dado.

Firma: _____
Padre ____ Madre ____ Tutor _____
