

CALEXICO MISSION SCHOOL

601 E. First St., Calexico, CA 92231 • Phone: 760-357-3711 • Fax: 760-357-3713

www.calexicomissionschool.org

Aplicación

Grado a cursar: _____

Nombre: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

Dirección: _____
Calle y número Colonia o Fraccionamiento

Ciudad Estado Zona postal

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

Datos de Familia:

Nombre del padre: _____
Dirección: _____
E-mail: _____
Ocupación: _____ Religión: _____

Casado
 Separado
 Divorciado
 Viudo

Teléfono: _____
Casa Celular Trabajo

Nombre de la madre: _____
Dirección: _____
E-mail: _____
Ocupación: _____ Religión: _____

Casada
 Separada
 Divorciada
 Viuda

Teléfono: _____
Casa Celular Trabajo

¿Cómo escucho sobre CMS?

- Búsqueda en línea
- Facebook
- Anuncio publicitario
- Recomendado por: _____

CONTRATO FINANCIERO



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:

Este es un compromiso que adquirimos con Calexico Mission School por los servicios

académicos que mi hijo/a _____ recibirá en ésta institución.

Se hace del conocimiento que a partir de la fecha de hoy se compromete a cumplir con los requisitos que a continuación se describen.

1. Presentar comprobante de residencia en México o en Estados Unidos (recibo de luz, gas, teléfono, etc.). Además, se requiere una identificación oficial con fotografía (credencial electoral, licencia de manejar, etc.).
2. En caso de que la familia cambie de domicilio, se requiere proporcionar la nueva dirección dentro de los primeros 15 días, esto con el fin de tener actualizada toda la información del alumno.
3. Al firmar éste documento usted se compromete a hacer sus pagos mensualmente y a tiempo. Usted tiene del día 1° hasta el día 10 de cada mes para hacer su pago y recibir un **descuento de \$10.00 dls.** por pronto pago. El día veinte (20) del mes es el último día para hacer su pago. **Los alumnos cuyas cuentas no hayan sido saldadas para el día 20 del mes corren el riesgo de ser suspendidos de clases hasta que se pague el adeudo.** No hay reembolso por los días de suspensión por ésta causa o por suspensiones por causa de violación a la política de conducta.
4. Habiendo leído y entendido los puntos anteriores, estoy de acuerdo en todo lo estipulado y me comprometo por éste conducto a cumplir con todos los pagos a tiempo. El no cumplir con los pagos de colegiatura puede resultar que mi cuenta sea entregada al departamento de recolección. Por favor evite que su crédito sea afectado.

Nombre

Firma

Fecha



AUTORIZACION DE SALIDA EN CASO DE DESASTRE

Nombre y apellido del alumno: _____

En caso de un desastre 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 podrán firmar y pasar a recoger a su hijo(a) de la escuela. Por favor use letra de molde.

Nota: Una forma por 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.

Nombre del padre, madre o tutor

Firma

Fecha



**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO
Y
COMPARTIR INFORMACION CON LAS AUTORIDADES**

Nosotros, los padres o tutores del/la menor _____ por medio de la presente damos nuestro consentimiento para cualquier rayos-x, anestesia, cirugía, tratamiento o servicio de hospital que sean necesarios bajo las instrucciones de nuestro médico familiar

Nombre del médico

Teléfono

Es entendido que se harán esfuerzos razonables por encontrar al médico 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 Calexico Mission School o al médico encargado para ejercitar su mejor juicio sobre el diagnóstico y/o tratamiento.

Esta autorización permanecerá en continuo efecto hasta que sea revocada por escrito y será 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 y registro médico o de hospital.

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

Persona responsable: _____

Relación con el estudiante: Padre Madre Tutor

Firma

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: _____

Relación con el estudiante: Padre Madre Tutor