



APLICACION DE ADMISION 2019- 2020

Immaculate Conception School
223 South 14th Street
Fort Smith, AR 72901

Tarifa de Registro: \$125.00

Fecha de Registro : ___/___/___

Apellido del Estudiante Primer Nombre Segundo Nombre ¿Cómo le dicen? Género Grado

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Estado: _____ Etnicidad _____
(Para fines estadísticos)

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____ Estado: _____

Teléfono de casa: _____ Contacto de emergencia: _____ Teléfono #: _____

Si es católico:

Fecha de Bautismo: ___/___/___ Iglesia: _____ Ciudad/Estado: _____

Fecha de Primera Confesión: ___/___/___ Iglesia: _____ Ciudad/Estado: _____

Fecha de Primera Comunión ___/___/___ Iglesia: _____ Ciudad/Estado: _____

Por favor, mencione el Distrito Público Escolar en el que reside: _____

Escuela a la que asistió previamente: (Para estudiantes de transferencia de Kínder a 6to Grado, favor de llenar la forma de liberación de records que se encuentra en la parte de atrás)

Nombre del Padre: _____ Celular: _____

Email: _____

Religión: _____ Iglesia: _____ Ocupación: _____

Lugar de Empleo: _____ Título o Posición: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Nombre de la Madre: _____ Apellido de Soltera: _____

Email: _____ Celular: _____

Religión: _____ Iglesia: _____ Ocupación: _____

Lugar de Empleo _____ Título o Posición: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Miembro de la Iglesia de la Inmaculada Concepción: No ___ Si ___ Año de registro _____

¿Miembro de otra Iglesia que no es la Inmaculada Concepción?:

Número de Celular para Recibir Mensajes:

For office use only

- ___ Birth certificate
- ___ Immunization record
- ___ Baptismal certificate
- ___ Registration fee

POR FAVOR CONTINUE AL REVERSO

Seleccione TODAS las que apliquen a su caso:

Padres juntos _____ Padres separados _____ Padres divorciados _____ Padre fallecido _____ Madre fallecida _____

Padre vuelto a casar _____ Madre vuelta a casar _____

El niño/a vive con:

Ambos padres _____ Sólo la madre _____ Sólo el padre _____ Custodia Compartida _____

Otro _____

Por favor hágale saber a las maestras de cualquier restriccion sobre la custodia.

A MENOS QUE TENGAMOS LOS DOCUMENTOS DE LA CORTE QUE INDIQUEN LO CONTRARIO, AMBOS PADRES TIENEN ACCESO TANTO AL ESTUDIANTE COMO A SUS RECORDS ACADEMICOS.

Nombre de la persona responsable de pagar la colegiatura _____

Fecha ____/____/____

Dirección:

Número de Teléfono: _____

Necesitaré asistencia financiera para el ciclo escolar 2019- 2020: Sí _____ No _____

Por favor llene la siguiente sección si su estudiante se está transfiriendo de otra escuela K-6 grado



**AUTORIZACION DE LIBERACION DE
DOCUMENTOS CONFIDENCIALES DEL
ESTUDIANTE**

Autorizo que se transfieran los documentos pertenecientes a: _____ (Nombre del Estudiante) _____ (Grado)

de _____ (Nombre de la escuela de la que serán transferidos) _____ (Dirección) _____ (Ciudad) _____ (Estado) _____ (C.P)

a Immaculate Conception School 223 South 14th Street Fort Smith, AR 72901.

Entiendo que puedo solicitar una copia de los documentos a la escuela antes autorizada, si así lo deseo.

Firma del padre/madre o guardián

Fecha