



COLEGIO CATOLICO NOTRE DAME
Catolicidad, Excelencia Académica y Servicio
Apartado 937

Caguas, Puerto Rico 00726
Tel. (787) 743-2385 (787) 523-2229 Fax (787) 744-6464
www.ccnde.org
Solicitud de Admisión

Fecha de solicitud _____

Grado que solicita _____

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre

Segundo nombre

Instrucciones: Lea cuidadosamente. Esta solicitud debe ser completada y debe estar acompañada únicamente de los siguientes documentos:

1. Transcripción de créditos SELLADA (cuando aplica) (de 2do a 4to grado)

Traer fotocopia del informe de notas entregado en octubre

2. Copia del certificado de nacimiento, bautismo del niño (si aplica) y de matrimonio de los padres (si aplica). Si no están casados o se encuentra a cargo del estudiante favor de someter prueba de custodia y patria potestad.

3. Dos retratos 2x2 identificados con el nombre y el grado que solicita

4. Cuatro sobres de carta tamaño legal, pre dirigidos (nombre y dirección del estudiante) y sello postal

5. Copia del certificado de Primera Comunión (si aplica)

6. Original del certificado de Vacunas P-Vac-3 (color verde). La ley exige que incluya las tres dosis de Hepatitis B y MMR-Var (recomendada a todo niño después del 1 de enero de 1997)

7. Certificado médico adjunto (Pediatra)

8. Entregar todos los documentos junto a la solicitud dentro de un sobre manila identificado con el nombre y el grado solicitado

NOTA: No se aceptarán solicitudes incompletas.

Es requisito de admisión para el Pre Kinder que todo niño sea independiente en sus necesidades básicas.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellidos: Paterno Materno Nombre Segundo nombre

Número de seguro social: XXX-XX-_____

Fecha de Nacimiento: _____
Día Mes Año Edad Sexo Pueblo donde nació

Fecha de Bautismo: _____
(si aplica) Día Mes Año Nombre de la parroquia

Fecha de Primera Comunión: _____
(si aplica) Día Mes Año Nombre de la parroquia

Dirección Residencial: _____ Tel. _____

Dirección Postal: _____

Persona Encargada _____

Teléfono: _____ Otros teléfonos _____, _____
Parentesco

Nombre del Padre: _____ Ocupación: _____
Celular: _____

Lugar de Trabajo _____ Tel. _____

Nombre de la Madre: _____ Ocupación: _____
Celular: _____

Lugar de Trabajo _____ Tel. _____

Matrimonio: ___ Católico ___ Otro ___ Divorciados

****Si son divorciados, favor de incluir copia del documento en el cual asignan la Patria Potestad y custodia.****

¿Con quién vive el niño? ___ Padres ___ Madre ___ Padre ___ Abuelos ___ Tíos

Otros _____

Ex alumno de Notre Dame (Padre) ___ Sí ___ No Año de graduación _____

Ex alumna de Notre Dame (Madre) ___ Sí ___ No Año de graduación _____

¿Cuántos hermanos estudian en el C.C.N.D.E? _____ ¿En N.D.S.? _____

Grados que cursan actualmente: _____

¿Cuántos hermanos mayores? _____ Hermanos menores _____

ASUNTOS ACADÉMICOS

Escuela donde estudia actualmente _____

Dirección de la Escuela _____ Tel. _____

Grado que cursa _____

SALUD

Indique la condición de salud del niño/a: ___excelente ___buena ___pobre

Menciona si el niño padece de alguna enfermedad o condición que sea necesario conocer:

Indique si el/la niño/a está bajo tratamiento: ___Sí ___No

¿Cuáles son los medicamentos? _____

¿Tiene el niño/a algún impedimento físico que le impida participar en juegos con otros niños?

___Sí ___No Especifique: _____

**CARTA PASTORAL SOBRE LA EDUCACIÓN EN LAS ESCUELAS
CATÓLICAS DE PUERTO RICO**

A: TODOS LOS PADRES

El Concilio Vaticano II dice de ustedes, Padres y Madres

“Puesto que los padres han dado la vida a los hijos, tienen la gravísima obligación de educar a la prole, y por lo tanto, hay que recomendarlo como los primeros principales Educadores de sus hijos”. Este deber de la educación familiar es de tanta trascendencia que cuando falta difícilmente puede suplirse. Es, pues, deber de los padres crear un ambiente de familia animado por el amor, por la piedad hacia Dios y hacia los hombres que le favorezcan la educación íntegra, personal y social de los hijos. La familia es por tanto, la primera escuela de las virtudes sociales, que todas las sociedades necesitan.

(G.E.N.3)

¿Están dispuestos a vivir esas recomendaciones de la Iglesia Católica y a participar en toda actividad que fomente el crecimiento de una comunidad de FE más profunda? ___Sí ___No

Firma del padre

Firma de la madre

Expediente de Salud

Nombre del estudiante: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Dirección residencial: _____ Tel: _____

Nombre del padre: _____ Ocupación: _____

Celular: _____

Lugar de Empleo: _____ Teléfono: _____

Nombre de la madre: _____ Ocupación: _____

Celular: _____

Lugar de Empleo: _____ Teléfono: _____

Nombre de otro adulto donde nos podamos comunicar en caso de emergencia:

1) _____

Parentesco: _____ Tel. residencial/celular: _____ Tel. Trabajo: _____

2) _____

Parentesco: _____ Tel. residencial/celular: _____ Tel. Trabajo: _____

Historial de Salud:

1. Señale si el estudiante padece o ha padecido de una o más de las siguientes condiciones:

___ Sarampión común

___ Dolores de cabeza frecuentes

Dificultades con:

___ Sarampión alemán

___ Meningitis

___ Audición

___ Varicelas

___ Convulsiones

___ Visión

___ Paperas

___ Habla

Frecuentes:

___ Infecciones de oído

___ Infecciones de orina

___ Problemas ortopédicos

___ Asma (Fatiga)

___ Dolores abdominales

___ Sangrado

___ Sinusitis

___ Fracturas

___ Anemia

2. ¿El estudiante ha sido hospitalizado en alguna ocasión? ___ Sí ___ No Edad: _____

Razón para la hospitalización _____

3. Historial de alergias:

___ Alergia a alimentos ¿A cuáles? _____

___ Alergia a medicamentos ¿A cuáles? _____

¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica severa que haya requerido atención en una Sala de Emergencia? ___ Sí ___ No

4. ¿Padece el estudiante de algún problema de salud recurrente o crónico? ___ Sí ___ No

Para cada problema de salud que exista documente los siguientes encasillados:

Condición	Nombre y teléfono del médico	Medicamentos de uso diario y dosis
1. _____	1. _____	1. _____
2. _____	2. _____	2. _____
3. _____	3. _____	3. _____

¿Tiene el estudiante que tomar algún medicamento durante el día escolar? Sí No

Nombre del medicamento: _____, _____, _____

5. ¿Tiene el estudiante alguna prótesis? Sí No

6. ¿Usa el estudiante lentes de contacto? Sí No.

Autorizo al principal y/o personal de Notre Dame para que, en caso de emergencia, utilicen su criterio en cuanto a la administración del tratamiento necesario y en la selección del lugar que ellos consideren necesario para el mismo.

De ser posible, deseo que trasladen a mi hijo(a) _____
Nombre del hospital o clínica
y que notifiquen tan pronto le sea posible a _____
Nombre del médico y número de teléfono

Autorizo al personal del hospital para que administre cualquier tratamiento que crean necesario para asegurar el bienestar de mi hijo(a). Este permiso para la administración de un tratamiento de emergencia es vigente aún cuando usted u otro guardián legal de su hijo(a) no estén presentes o no puedan notificarles en el momento en que se necesita este tratamiento.

Estoy de acuerdo en que seré responsable por los gastos médicos incurridos para el beneficio de mi hijo(a) y que reembolsaré a la escuela cuando ésta lo notifique.

Firma del padre o encargado

Firma de la madre o encargado

** Si no tiene preferencia, favor escribir EN CUALQUIER HOSPITAL O CLINICA**

Evaluación Médica

Estatura _____ Peso _____ Presión _____ Pulso _____

Visión ambos ojos _____ Ojo derecho _____ Ojo izquierdo _____

Si usa lentes, visión corregida _____

Presencia de hallazgos cardiacos _____

Implicación para actividad escolar _____

Tiroides _____

Abdomen _____

Pulmones _____

Condiciones genéticas _____

Músculo esquelético: Escoliosis ___ Sí ___ No Severidad _____

Deformidad ___ Sí ___ No Severidad _____

Tono muscular apropiado ___ Sí ___ No Severidad _____

****¿Existe historial o evidencia en el examen físico que impida la participación del estudiante en las actividades usuales de Educación Física y/o actividades deportivas? ****

___ Sí ___ No Explique: _____

¿Hay historial de hematuria o proteinuria persistente? ___ Sí ___ No

Acetaminophen liquid 160/5ml.

*****Permiso para administrarle el Acetaminophen 50 mg. tabletas en caso de que el estudiante así lo requiera*****

___ Autorizo ___ No autorizo

Certifico que he examinado al paciente _____ y que se encuentra en perfecta condición de salud, que está libre de condiciones infectocontagiosas y que puede participar en actividades propias para su salud.

Firma del padre o encargado

Firma del médico y licencia

Fecha

Autorización de los padres o encargados para que otras personas recojan a sus hijos en el Colegio

Autorizo a las siguientes personas a recoger a mi hijo (a)

Nombre	Relación Familiar

Nombre en letra de molde

Firma de padre, madre o encargado

Esta lista podrá ser actualizada cuantas veces los padres crean conveniente con solo pasar por la Oficina a partir de las 9:00 a.m.

Anejo a Solicitud de Admisión

Cumplimiento con la ley #186 del 1ro. de septiembre de 2006

La Asamblea Legislativa de Puerto Rico estimó necesario aprobar la ley #186 del 1ro. de septiembre de 2006, a efectos de prohibir el uso del número de Seguro Social como identificación en instituciones educativas públicas y privadas desde el nivel elemental hasta el posgraduado. Notificamos que el Colegio Católico Notre Dame Elemental se somete plenamente a los requerimientos de esta ley, según sus aspectos aplicables:

1. El CCNDE no mostrará o desplegará el número de seguro social de ningún estudiante en un lugar u objeto visible al público en general con el propósito de identificarlo, salvo para uso interno confidencial, según lo especificado en la Ley #186.
2. El CCNDE no hará accesible el número de seguro social de ningún estudiante a ninguna persona que no tenga necesidad y autoridad de acceso a este dato.
3. Cuando un documento que tenga un número de seguro social deba ser hecho público fuera del contexto de confidencialidad académica, será editado de modo que dicho dato sea parcial o totalmente ilegible, sin que ello se considere una alteración del contenido del documento.
4. Esta disposición no será de aplicación en cuanto al uso del número de seguro social en aquellos casos en que esté requerido o autorizado por ley o reglamentación federal o su uso para propósitos internos de verificación de identidad, vacunas, convalidaciones, empleo, contribuciones o asistencia económica; sujeto a que la institución o instituciones involucradas mantengan su confidencialidad.

Nombre del padre, madre o encargado (en letra de molde) _____

Firma del padre, madre o encargado _____ Fecha: _____

Apellidos y nombre del estudiante (en letra de molde) _____