



ST. BARTHOLOMEW CATHOLIC ACADEMY

44-15 Judge Street, Elmhurst, New York, 11373

Tel. No. 718 446-7575 ~ Fax: (718) 446-7743

Solicitud del estudiante 2020-2021

Por favor complete todo

Grado para el que está registrando: _____

Nombre del niño: _____ Hombre: _____ Mujer: _____

Religión del niño: _____ Fecha de nacimiento del niño: _____

País / Estado del nacimiento del niño _____

Dirección del niño: _____ Apta. # _____

Estado: _____ Ciudad: _____ código postal: _____ Número de teléfono de la casa () _____

Católico: _____ No católico: _____

Bautismo: _____ Penitencia: _____ Primera Comunión: _____

¿Su hijo tiene un IEP actual? _____ o ¿él / ella recibe algún servicio especial? _____

En caso afirmativo explicar: _____

El niño vive con (proporcione los nombres del padre / tutor con el que vive el niño)

Nombre (s): _____

La relación de la persona con el alumno:

___ Padres ___ Persona legal, especifique: ___ tía / tío ___ abuelo/la ___ amigo

El niño que está registrando ahora ¿ha asistido alguna vez a alguna academia católica?

Sí _____ No _____ En caso afirmativo, díganos desde cuándo: _____ a _____

En caso afirmativo, proporcione el nombre de la escuela _____

Dirección de la escuela anterior: _____ Ciudad / Estado / Código postal: _____

Información de la Iglesia

Nombre de la iglesia: _____

¿Estás registrado en esta iglesia? Sí _____ No _____ Sobre de la iglesia # _____



ST. BARTHOLOMEW CATHOLIC ACADEMY

44-15 Judge Street, Elmhurst, New York, 11373

Tel. No. 718 446-7575 ~ Fax: (718) 446-7743

Historial de salud del niño

¿Su hijo tiene alguna condición de salud inusual? Si _____ no _____

En caso afirmativo, indique la afección, por ejemplo: asma, alergias, diabetes, etc. _____

¿Toma su niño algún medicamento regularmente? Si _____ no _____

En caso afirmativo, proporcione el nombre del medicamento: _____

Información de los padres

Nombre del Padre: _____ Lugar de nacimiento: _____ Religión: _____

Dirección del padre: _____ # de casa () _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono celular () _____

Ocupación: _____ Empleador: _____ # del trabajo _____

Dirección de trabajo: _____ Ciudad / Estado / Código postal: _____

Idioma: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre de la madre: _____ Lugar de nacimiento: _____ Religión: _____

Dirección de la Madre: _____ # de casa () _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono celular () _____

Ocupación: _____ Empleador: _____ # del trabajo _____

Dirección de trabajo: _____ Ciudad / Estado / Código postal: _____

Idioma: _____ Correo Electrónico: _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____ Relación con el niño: _____ Número de teléfono () _____

Persona responsable de los pagos de la matrícula: _____ Relación con el niño: _____

¿Quién te refirió a SB7CA? _____

Firma del padre: _____ Fecha: _____