



## Paquete de Aplicación del Estudiante 2019 – 2020

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Grado Entrante: \_\_\_\_\_

### Paso 1: Lista de Requisitos para Estudiantes Nuevos

- \$50.00 Costo de Aplicación
- Acta de Nacimiento del Estudiante
- Información sobre los Sacramentos recibidos (si aplica)
- Registro Actualizado de Inmunizaciones del Estudiante. (Debe ser entregado antes del 1er día de clases)
- Formulario de Solicitud de Registros

### Paso 2: Revisión de Materiales por la Escuela – Para Uso de la Oficina

Revisado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Paso 3: Reunión en la Escuela con la Familia – Para Uso de la Oficina

- Entrevista con los padres/Visita \_\_\_\_\_
- Examen de admisión (si aplica)
- Visita del estudiante durante un día de clase.

### Paso 4: La Escuela Toma una Decisión y se le Comunica a la Familia – Para Uso de la Oficina

Aceptado/a: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Paso 5: Materiales Finales/Costos – PARA TODAS LAS FAMILIAS

- Costo de Aplicación (para todas las familias)
- Información del Estudiante/Familia
- Formulario de Compromiso de los Padres
- Formulario de Acuerdo Financiero
- Formulario sobre el Sistema de Pago Preferencial de la Colegiatura
- Formulario de Consentimiento para el uso de Tecnología / Internet (si aplica)
- Formulario de Consentimiento para el uso de Foto, Video y Audio
- Contrato para Cuidado de Niños (Extended Care) – si aplica
- Aplicación al Programa Federal de Alimentos
- Encuesta sobre el idioma que se habla en casa \*solo para estudiantes nuevos. Se enviará en Septiembre
- Registro Actualizado de Inmunizaciones del Estudiante. (Debe ser entregado antes del 1er día de clases)
- Otros: \_\_\_\_\_

\*\*\* De faltar algún documento esto retrasará el proceso de admisión





## MISIÓN

-----

Fundada para servir a cualquier familia comprometida con la educación Católica, Holy Rosary Bilingual Academy se esfuerza por educar a todos los niños/as en un ambiente centrado en Cristo proporcionando una excelente educación y una sólida base moral dentro de una comunidad Católica culturalmente diversa.

## DECLARACIÓN SOBRE LA IDENTIDAD CATÓLICA DE NUESTRA ESCUELA

-----

Somos una escuela católica. Como parte de nuestro programa, todos nuestros estudiantes estudian nuestro plan de estudios religioso, oran con la comunidad escolar, asisten y participan en las liturgias de la escuela por medio de la oración y cantos y aprenden y practican valores católicos.

## POLÍTICA DE NO DISCRIMINACIÓN

-----

Holy Rosary Bilingual Academy da la bienvenida a estudiantes de toda nacionalidad y etnia. No discrimina en base a nacionalidad u origen étnico en sus matrículas, en sus gestiones escolares, en programas de atletismo, o cualquier otra actividad de la escuela ni para la concesión de becas o ayuda financiera.

Mi firma certifica que he leído la misión y la declaración sobre la identidad católica de la escuela y voy ha apoyarla. También indica que he representado con exactitud a mi familia e hijos/as en esta aplicación.

FIRMA DEL PADRE GUARDIÁN \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE / GUARDIAN \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_





## INFORMACIÓN DE LA FAMILIA Y EL ESTUDIANTE 2019 – 2020

*Si su familia está de regreso a nuestro colegio, solo llene las secciones indicadas con asterisco(\*)*

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE			
Apellido*	Nombre*	Segundo Nombre	
Dirección Residencial	Ciudad/Estado/Código Postal		
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Sexo*	Edad*
<b>Su estudiante reside con*:</b> <input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otros <b>Estado civil del padre/madre/guardian*:</b> <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separada/o <input type="checkbox"/> Soltero/a ¿Quién tiene custodia legal? _____ <b>El estudiante es:</b> <input type="checkbox"/> Hijo/a Biológico/a <input type="checkbox"/> Adoptado/a <input type="checkbox"/> Bajo Custodia del Estado <input type="checkbox"/> Otro <b>Antecedentes étnicos (opcional). Por favor marque uno:</b> <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Pacífico Isleño <input type="checkbox"/> Blanco (sinorigen Hispano/Latino) <input type="checkbox"/> Raza Mixta			
Último examen físico del estudiante:	Medicamentos: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es sí, especifique:	Condiciones especiales de salud: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es sí, especifique:	
<b>¿Conoce de alguna dificultad de aprendizaje, física o emocional de su hijo/a?</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es sí, por favor especifique: _____			
<b>¿Su hijo/tiene alguna alergia?</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es sí, explique la alergia, los síntomas esperados y el método de tratamiento si es necesario. *Si se requiere dejar el medicamento en la escuela, por favor consulte a la oficina para obtener el Formulario de Autorización Médica o traiga el 504/Plan Médico provisto por el Doctor.			
<b>Otra información importante.</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es sí, especifique: _____			
<b>MADRE/GUARDIÁN</b>		<b>Católico: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></b>	<b>Parroquia en la cual está registrado/a:</b>
Apellido*	Nombre*	Celular*	
Dirección	Ciudad/Estado/Código Postal		
Empleador/Ocupación			Tel. del Trabajo
Correo Electrónico (necesario)			Otro
<b>PADRE/GUARDIÁN</b>		<b>Católica: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></b>	<b>Parroquia en la cual esta registrado/a:</b>
Apellido*	Nombre*	Celular*	
Dirección	Ciudad/Estado/Código Postal		
Empleador/Ocupación			Tel. del Trabajo
Correo Electrónico (necesario)			Otro

**CONSENTIMIENTO EN CASO DE EMERGENCIA**

•Autorizo que mi estudiante reciba tratamientos de emergencia y primeros auxilios por un representante calificado de HRBA cuando no puedan contactarme: **Iniciales:** \_\_\_\_\_

•Autorizo y doy consentimiento para la atención médica, quirúrgica, hospitalaria, el tratamiento y los procedimientos ejecutados a mi hijo/a que se consideren necesarios o aconsejables por un médico, proveedor de salud, hospital o auxiliar de asistencia médica para preservar la salud de mi hijo/a. **Iniciales:** \_\_\_\_\_

•Renuncio a mi derecho de consentimiento informado para tal tratamiento. **Iniciales:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE CONTACTOS DE EMERGENCIA – Por favor, solo contactos locales**

Persona Contacto de emergencia #1	Celular	Relación
-----------------------------------	---------	----------

Persona Contacto de emergencia #2	Celular	Relación
-----------------------------------	---------	----------

Persona Contacto de emergencia #3	Celular	Relación
-----------------------------------	---------	----------

Persona Contacto de emergencia #4	Celular	Relación
-----------------------------------	---------	----------

Persona Contacto de emergencia #5	Celular	Relación
-----------------------------------	---------	----------

Nombre de niñera/guardería	Celular	Notas:
----------------------------	---------	--------

<b>Médico del niño/a</b>	Número de teléfono	Miembro/Número de Póliza
--------------------------	--------------------	--------------------------

<b>Dentista del niño/a</b>	Número de teléfono	Miembro/Número de Póliza
----------------------------	--------------------	--------------------------

**INFORMACIÓN SACRAMENTAL DEL ESTUDIANTE:**

Fecha de Bautismo	Iglesia	Ciudad/Estado/Código Postal
-------------------	---------	-----------------------------

Fecha de Primera Comunión	Iglesia	Ciudad/Estado/Código Postal
---------------------------	---------	-----------------------------

Fecha de Confirmación	Iglesia	Ciudad/Estado/Código Postal
-----------------------	---------	-----------------------------

Certifico bajo pena de perjurio bajo la ley del estado de Washington que toda la información en este paquete de aplicación es verdadera y correcta. Entiendo que al firmar soy responsable de proveer todos los formularios requeridos así como el registro de inmunizaciones, acta de Nacimiento, costos, etc.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## FORMULARIO DE COMPROMISO DE LOS PADRES 2019 - 2020

La participación de los padres en la escuela Holy Rosary Bilingual Academy es una parte muy importante. Cuando los padres son vistos como voluntarios y comparten, los niños se dan cuenta de que sus padres se comprometen con el éxito de la escuela Holy Rosary y su educación. Los niños aprenden a compartir y ser voluntarios también. Cada familia tiene la obligación de dar un mínimo de 30 horas de servicio cada año (15 horas para las familias de un solo padre). **Importante: Los padres que trabajan como voluntarios durante el horario escolar o en representación del colegio deben cumplir con todos los requisitos de "Safe Environment" y demostrar una conducta apropiada, incluyendo el respeto a la privacidad de los estudiantes, padres de familia y cuerpo laboral de HRBA. Además, los voluntarios deben actuar de manera que demuestre respeto por HRBA y su comunidad.**

Si no puede completar sus horas de servicios para el 1ero de mayo del 2020 se le cobrarán \$20.00 la hora. Las familias pueden pagar sus horas por adelantado.

**Favor de firmar y entregar este formulario junto con su contrato de matrícula.**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del padre (letra molde/imprenta)**

\_\_\_\_\_  
**Teléfono**

\_\_\_\_\_  
**Correo electrónico**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Nombre/s del estudiante/s**

**Favor de escribir sus iniciales en cada línea:**

\_\_\_\_\_  
**REGLAS / EXPECTATIVAS:**

- El Manual de familia se publicará en línea. Las familias no recibirán copias individuales.
- Los estudiantes deben llegar a tiempo y asistir todos los días a clases. Acepto cumplir con todas las regulaciones de asistencia y entiendo que la ayuda financiera puede ponerse en riesgo de presentarse un problema crónico de asistencia
- Cualquier cambio al manual será notificado en el boletín semanal.
- Los padres están de acuerdo en apoyar a los maestros y trabajar con la administración de la escuela. Se debe seguir el protocolo para la comunicación y dudas.

\_\_\_\_\_  
**COMUNICACIÓN:**

- El boletín semanal se enviará por correo electrónico y se publicará en línea. Esta información es importante y los padres deben revisarla cada semana. Si no está recibiendo el boletín semanal por favor comuníquese inmediatamente con la oficina.
- Las calificaciones, los informes de progreso y los resultados de las pruebas se enviarán a casa en la carpeta de comunicación. Los boletines de calificaciones de fin de año serán enviados a casa.

\_\_\_\_\_  
**EXPECTATIVAS DE RECAUDACIÓN DE FONDOS:**

- **Septiembre** – Cada familia debe vender dos cajas de chocolates o pagar \$100 (puede pagarse antes de la venta).
- **Noviembre** – Un mínimo de \$25 por familia debe contribuirse al Fondo de Donación Anual. De no pagarse a más tardar el 15 de noviembre, se cobrarán \$50 en su estado de cuenta del mes de diciembre.
- **Febrero** – Donación de \$100/tarjeta de regalo para la Subasta (por familia).
- **Abril** - \$100 (ganancia neta) por familia para la recaudación de fondos de primavera (el evento anual será anunciado)
- Recuerde costos adicionales como el costo de aplicación para la beca Fulcrum que debe pagarse en diciembre y la matrícula para el siguiente año escolar se cobra a finales de enero.

**Horas de Servicio requeridos de la Familia:** \_\_\_\_\_ **(Iniciales: \_\_\_\_\_)**







## ACUERDO FINANCIERO Y CONTRATO DE INSCRIPCIÓN 2019 – 2020

NOMBRE DEL PADRE/MADRE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ESTUDIANTE SIENDO REGISTRADO:

\_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Grado  
\_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Grado

### I. COSTO DE APLICACIÓN

Existe un cargo no reembolsable de \$50 por cada aplicación y debe ser pagado en el momento en el que se recibe la aplicación. (solo para nuevos estudiantes)

### II. COSTO DE MATRÍCULA

El costo de matrícula es de \$150 por estudiante (máximo de \$ 300 por familia) antes del 22 de Marzo. Después de 22 de marzo, el costo es de \$200 por estudiante (máximo de \$ 400 por familia).

### III. COLEGIATURA ANUAL

o Pre--K 3 y 4 (Día Completo): \$7,150

Horas de Servicio: \_\_\_\_\_ 15 (Monoparental)

o KG –8vo Grado:

(Anual) \_\_\_\_\_ 30 (Ambos padres)

- Un estudiante: \$6,200

\_\_\_\_\_ 115 (Monoparental con subsidio adicional)

- Dos estudiantes: \$11,000

- Tres o más estudiantes: \$14,100

\_\_\_\_\_ 130 (Ambos padres con subsidio adicional)

**Total de la Colegiatura: \$ \_\_\_\_\_**

### IV. AYUDA FINANCIERA:

• Beca Fulcrum (S/ N) \_\_\_\_\_

• Subsidio Parroquial(S/N) \_\_\_\_\_

• Otra ayuda: \_\_\_\_\_

• Ayuda financiera adicional solicitada: \$ \_\_\_\_\_ (Se requieren horas de servicio adicionales)

**Total de la ayuda financiera concedida: \$ \_\_\_\_\_**

**Total de la colegiatura \$ \_\_\_\_\_ (\$ \_\_\_\_\_/mes).** Haré los pagos de matrícula en el método seleccionado en el Formulario de Opciones de Pago de Colegiatura. **Los pagos mensuales de colegiatura son de agosto a mayo y deben pagarse el día 10 de cada mes.**

### INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE OBLIGACIONES FINANCIERAS:

Si no se hace el pago total de la matrícula, cuotas mensuales, los compromisos de recaudación de fondos, o la no realización de horas de compromiso para el 01 de Mayo 2020 esto puede resultar en que su cuenta sea enviada a colecciones, en la retención de los reportes de calificaciones, podemos mantener otros registros de la escuela, el despido de la escuela, y/o la que se le niegue la inscripción en el futuro. A las familias que se retiran antes de la finalización del año escolar se les cobrará en forma mensual prorrateada por sus horas de compromiso y el compromiso de recaudación de fondos. A las familias que se retiran antes del primer día de clases se les cobrarán

5% de su matrícula total. La cuota de inscripción no es reembolsable. Yo /Nosotros entendemos que este acuerdo estará en vigor para el año escolar 2019-20. Los pagos de colegiatura será la responsabilidad de la/s parte/s cuya/s firma/s aparecen a continuación.

NOMBRE(S) \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA(S) \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

DIRECTOR/A \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_



## FORMULARIO DE PREFERENCIAS PARA EL PAGO DE COLEGIATURA 2019 - 2020

La colegiatura para el año escolar 2019-20 se pagará:

\_\_\_\_\_ **Opción 1-Un solo pago a pagarse el viernes 28 de junio de 2019 o antes.**  
Monto a pagar: \$ \_\_\_\_\_ Pague este monto y reciba un descuento del 4%.

\_\_\_\_\_ **Opción 2-Pago mensual usando FACTS para la colegiatura y cobros mensuales.** *Todas las facturas (matrícula, cuidado de niños, costos mensuales, comidas) se debitarán de su cuenta mensualmente.* Reciba un descuento del 2% en la matrícula seleccionando esta opción. Usted recibirá un correo electrónico de FACTS notificando de cambios a su cuenta. Los pagos serán cobrados de agosto a junio y se pueden hacer los días 10, 25 o ambos. Debe registrarse en línea.

\_\_\_\_\_ **Opción 3-FACTS plan de pago mensual (solo colegiatura).** Pagos a partir de agosto hasta mayo. Los pagos se pueden hacer los días 10, 25 o ambos. Debe registrarse en línea.

\_\_\_\_\_ **Opción 4- Pague a través de la oficina - 10 pagos mensuales desde el 10 de agosto hasta el 10 de mayo.**

- Pagos de colegiatura recibidos después del día 10 de cada mes tendrán un recargo de \$50 (a menos que pague por medio de FACTS). **Iniciales:** \_\_\_\_\_
- A cualquier familia con dos retrasos en sus pagos del contrato anual se le requerirá que pague por medio de FACTS. **Iniciales:** \_\_\_\_\_

**Referencia:** ¿Ha referido una nueva familia al HRBA?

Nombre: \_\_\_\_\_

*Las referencias son elegibles para un crédito de hasta \$250 \*por familia. Para la familia que hace la referencia. \* **Se aplican restricciones:** consulte la oficina para obtener más información.*

### Información importante sobre pagos atrasados:

- Costos de cuidado de niños, alimentos y recaudaciones de fondos deben pagarse en el plazo de una semana de haber recibido la factura (enviada por correo electrónico/enviado a casa en el sobre semanal). Los padres que tengan más de un mes de retraso en cualquiera de estos pagos perderán esos privilegios. **Iniciales:** \_\_\_\_\_
- A todo contrato que se desee terminar antes de la fecha de finalización del contrato se le aplicará una tarifa de \$150 por cancelación adelantada. **Iniciales:** \_\_\_\_\_
- Familias con cheques devueltos por falta de fondos están obligadas a pagar los costos incurridos por HRBA y la cuenta será considerada tarde. **Iniciales:** \_\_\_\_\_
- Familias con fondos insuficientes al realizar sus pagos por medio de su cuenta de FACTS deberán pagar los recargos de FACTS por falta de fondos "FACTS NSF." **Iniciales** \_\_\_\_\_
- Familias con cuentas atrasada 60 días o más (Oficina o cuenta FACTS), serán notificadas de que la inscripción del estudiante será anulada. Se proporcionará un aviso por escrito a la familia por lo menos 2 semanas antes de cancelar la inscripción del estudiante(s). **Iniciales** \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_





## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA FOTOGRAFÍA/VIDEO/SONIDO 2019-2020

Le doy permiso a la Holy Rosary Bilingual Academy para usar la foto / video / sonido de mi(s) estudiante(s) o de mí mismo para que sea utilizado para publicidad, promoción, comunicados de prensa, videos y uso en línea. Esto también puede aplicarse a la composición escrita o arte visual del estudiante, o de mí si es publicado.

Holy Rosary Bilingual Academy acepta que el retrato, arte, trabajo escrito, voz, fotografía, video o declaraciones verbales de los estudiantes solo será utilizado para relaciones públicas, información pública, publicidad y/o educación. La escuela además se compromete a que los estudiantes no serán identificados por detalles personales aparte de su nombre. Estos detalles incluyen correo electrónico o direcciones postales, números de teléfono o fax.

Las fotos de uno a tres estudiantes están permitidas siempre que el padre/guardián de cada individuo mostrado en la foto haya firmado un formulario de autorización. Las fotos de cuatro o más estudiantes están permitidas sin un formulario de autorización y se imprimirá sin nombres y apellidos.

No se pagará ninguna contraprestación monetaria.

El consentimiento se han dado sin coacción, intimidación o amenazas.

Fotos, videos o declaraciones compartidas por un estudiante pueden ser usadas en años posteriores.

Si el Estudiante y/o el Padre/Guardián desean anular este acuerdo, pueden hacerlo en cualquier momento por escrito.

Holy Rosary Bilingual Academy no tiene control del uso de los medios de las imágenes/ declaraciones que se toman sin nuestro permiso.

Nombre de Estudiante/s: \_\_\_\_\_  
(letra molde/imprenta) \_\_\_\_\_

\_\_\_ Doy permiso a HRBA de publicar la imagen o el trabajo de mi(s) estudiantes o de mí mismo.

O

\_\_\_ No doy permiso a HRBA de publicar la imagen o el trabajo de mi(s) estudiantes o de mí mismo.

Padre/Guardián: \_\_\_\_\_  
(Nombre en letra molde/imprenta) (Firma)

Fecha: \_\_\_\_\_



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA USO DE TECNOLOGÍA 2019-2020

En consideración al privilegio de mi estudiantes del uso del sistema de comunicaciones del colegio\* y en consideración al privilegio del uso de las redes públicas, yo, por este medio, libero a la escuela, a sus operadores y a cualquier institución con la que estén afiliados de cualquier reclamo y daño de cualquier naturaleza que surja del uso o la incapacidad de uso de mi estudiante del sistema, incluyendo, más no limitando, el tipo de daños identificados en los reglamentos del colegio.

### ***Padre o Guardian:***

\_\_\_ Doy permiso para que mi(s) estudiante(s) utilicen el sistema de comunicaciones electrónicos como iPads, computadoras portátiles, incluyendo computadoras con acceso ha Internet y correo electrónico. Entiendo que se espera de mi estudiante que el uso de toda teconología sea de manera apropiada (visita a sitios webs apropiados, mantener la privacidad de otros estudiantes, utilizar la tecnología y el equipo de manera respetuosa con el entendimiento de que se le cobrará por equipo que se rompan mientras estén en su cuidado.

O

\_\_\_ Yo no doy permiso para que mi estudiante(s) utilicen el sistema de comunicaciones electrónicos como iPads, computadoras portátiles, incluyendo computadoras con acceso ha Internet y correo electrónico.

Padre/Guardian: \_\_\_\_\_  
(nombre complete en letra imprenta/molde) (firma)

Fecha: \_\_\_\_\_



## CONTRATO PARA CUIDADO DE NIÑOS 2019 - 2020

_____ Diario-solo en la mañana - 1 estudiante	\$150 al mes
_____ Diario-solo en la tarde – 1 estudiante	\$300 al mes
_____ Diario-mañana y tarde – 1 estudiante	\$400 al mes
_____ Dejando por día en la mañana y tarde	\$15 por hora/ por estudiante resgistrado \$20 por hora/ por estudiante no resgistrado

*Tenemos descuentos disponibles si tiene por múltiples estudiantes.*

- Yo, \_\_\_\_\_ estoy de acuerdo en pagar \$40.00 en costos de registro antes del primer día del uso del programa y el costo designado anteriormente una semana antes del estado de cuenta del mes siguiente.
- Estoy de acuerdo en acatar los reglamentos del servicio de cuidado de niños (Extended Care) como se especifica en el Manual Familiar. Toda conducta inapropiada puede resultar en que el estudiante pierda derecho a los privilegios del uso del cuidado de niños.
- Estoy de acuerdo en leer el boletín semanal y el calendario escolar que indica cuando el servicio de cuidado de niños no estará disponible (medio día, días feriados y PD).
- Entiendo que debo firmar a mi estudiante en las mañanas (después de las 6:30 am) y debo firmar a mi estudiante en las tardes a más tardar a las 6:00 pm.
- Si por cualquier motivo no puedo cumplir con mi obligación de pago por el cuidado de niños me comunicaré con el/la director(ra) del colegio antes de la fecha de vencimiento del pago para hacer otros arreglos.
- Yo entiendo que si me retraso en los pagos del cuidado de niños o no sigo las reglas aquí indicadas, se le puede negar el uso de los servicios de cuidado de niños a mi estudiante.
- Yo entiendo que se me cobrará un recargo de \$10 por cada 10 minutos después de las 6:00pm.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pago Mensual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha