



## REVISIÓN DE DOCUMENTOS AÑO ESCOLAR: 2021-2022

*Pre-Kínder / Kínder*

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

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

### DOCUMENTOS PARA ADMISIÓN

DOCUMENTOS	COTEJO
	✓
Prueba Psicométrica o Psicoeducativa	
Perfil del Estudiante (documento se provee para ser completado)	
Orientación Nuevo Ingreso	

### DOCUMENTOS PARA MATRÍCULA

DOCUMENTOS	COTEJO
	✓
Certificado de nacimiento (Verificar)	
Certificado de vacunas (PVAC-3) <b>original verde</b> o Affidavit	
Copia de la tarjeta del plan médico	
Examen Oral completado por un Dentista (a los grados que aplique según la Ley)	
Seguro Social (Verificar)	
Certificado Médico que indique condición de salud	
Hoja de Autorización para recoger el estudiante (Fotos 2x2 adjuntas)	
Autorización tratamiento médico a estudiantes menores de 21 años	
2 fotos 2x2	
Reglas del comedor y permiso para el uso del microonda	
Acuerdo Manual del Estudiante	
Socio Económico	
Autorización y Relevé de Responsabilidades para campaña publicitaria de EAVIA y la Universidad Interamericana	
Autorización de Cobro de Matrícula	

Verificado por:

\_\_\_\_\_  
Nombre del Empleado

\_\_\_\_\_  
Iniciales



## AÑO ACADÉMICO 2021-2022

Año Académico 2021-2022

GRADO: \_\_\_\_\_

ID Number: \_\_\_\_\_

Estudiante Regular  
Horario Regular

Nuevo Ingreso  
Horario Extendido

Re Admisión

## PERFIL DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante

Número de Identificación

Fecha y Lugar de Nacimiento

Edad

Dirección Residencial

Dirección Postal

Nombre del padre

Nombre de la madre

Número de teléfono celular

Número de teléfono celular

Número de teléfono de residencia

Número de teléfono de residencia

Lugar de trabajo

Lugar de trabajo

Ocupación

Ocupación

Número de teléfono de trabajo

Número de teléfono de trabajo

Nombre de otra persona encargada

Nombre personas autorizadas a retirar el estudiante de la escuela y su número de teléfono.

Nombre

Núm. Teléfono

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Dirección del encargado

Número de teléfono del encargado

Plan Médico que posee

Núm de teléfono del trabajo (persona encargada)

Nombre hermanos en la escuela: 1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

Dirección e mail madre: \_\_\_\_\_

Dirección e mail padre: \_\_\_\_\_

Dirección e mail estudiante: \_\_\_\_\_

Escuela de procedencia: [ ] Head Start [ ] Homeschooling [ ] Pública \_\_\_\_\_

[ ] Privada \_\_\_\_\_ [ ] Otros: \_\_\_\_\_



## CARTA DE RECOMENDACIÓN DE CRÉDITO

Familia: \_\_\_\_\_

Estudiante: \_\_\_\_\_

Certifico por este medio que la familia arriba mencionada realizó todos los pagos correspondientes a su hijo (s) de manera responsable.

\_\_\_\_\_  
Firma del Director u Oficial de Finanzas

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Dirección Postal de la Escuela

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Fecha



## AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO A ESTUDIANTES MENORES DE VEINTIUN AÑOS DE EDAD

### AÑO ESCOLAR 2021-2022

Autorizo al personal de Servicios Médicos de la Escuela Elemental y Superior Antolina Vélez, Universidad Interamericana de Puerto Rico, Recinto de Aguadilla, a paramédicos, a enfermera y áreas relacionadas con los hospitales autorizados por el Departamento de Salud de Puerto Rico a brindarles servicios de salud a mi hijo(a) \_\_\_\_\_.

Queda claro y establecido que en caso de cirugía y procedimiento no clasificado como emergencia será consultado previamente a su realización.

En caso que ninguna de las personas en la solicitud mencionadas pueda localizarse, otorgo permiso para que mi hijo(a) reciba tratamiento médico en **caso de emergencia**. Adjunto copia del plan médico.

\_\_\_\_\_  
Nombre del médico (Pediatra)

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre y/o encargado

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono



## ACUERDO REGLAMENTO ESCOLAR

Yo, \_\_\_\_\_, padre, madre o encargado de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ grado he recibido copia del Reglamento Escolar de la Escuela Elemental y Superior Antolina Vélez de la Universidad Interamericana de Puerto Rico, Recinto de Aguadilla. Me comprometo a leerlo y a vigilar porque mi hijo (a) cumpla con las disposiciones reglamentarias de la Escuela y la Institución. Como padre, madre o encargado me comprometo a cumplir con las disposiciones del mismo y aquellas sobre el rol de los padres en la educación de sus hijos en la Escuela Elemental y Superior Antolina Vélez de la Universidad Interamericana de Puerto Rico, Recinto de Aguadilla.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o encargado

\_\_\_\_\_  
Fecha



## REGLAS DEL COMEDOR Y PERMISO USO DEL MICROONDA

Estimado padre, madre o encargado:

Reciba un cordial saludo de parte de la administración de la Escuela Elemental y Superior Antolina Vélez. Le estamos entregando las reglas del Comedor Escolar. Por favor, discuta las mismas con su(s) hijo (a) (s).

1. Hacer la fila en el lugar indicado.
2. No colarse en la fila.
3. No juegos de mano en la fila, ni empujarse unos a los otros.
4. Evitar hacer ruidos innecesarios ni utilizar palabras obscenas.
5. No obstruir la puerta de salida. Usar las puertas de entrada y salida adecuadamente.
6. Desechar todos los sobrantes en los zafacones de desperdicios y ubicar las bandejas en su debido orden en los cubos plásticos.
7. Dejar las sillas acomodadas en su lugar antes de salir.
8. Prohibido sacar fuera del comedor alimentos y utensilios.
9. No se permitirán padres dentro del comedor escolar.
10. El Comedor Escolar preparará sus alimentos de acuerdo a la matrícula. En caso de que el estudiante quiera repetir debe esperar que todos los estudiantes finalicen con su almuerzo.
11. Los maestros deben ayudar a mantener el orden de cada uno de sus grupos.
12. El microondas es solo para los almuerzos y las dietas especiales, **NO** para “popcorn”.
13. No utilizar el celular ni juegos electrónicos dentro del comedor.
14. En las mesas del comedor solo permanecerán la bandeja, los utensilios y la bebida.

Aquellos padres que opten por traer comida a sus hijos, deberán hacerlo durante el periodo asignado para alimentos. No deben permanecer en los predios fuera del periodo alimenticio ya que, debido a la reorganización escolar, contamos con menos espacios disponibles para visitantes. Además, nuestros estudiantes estarán disfrutando del recreo y para su seguridad queremos evitar el tránsito vehicular en los predios. Deberán permanecer en el área designada (bosque). Recuerden que de igual forma el estudiante puede utilizar nuestro comedor escolar para el consumo de su almuerzo.

Hay microonda disponible para que los estudiantes a partir del 3er grado calienten su almuerzo. No hay personal de la escuela para calentar los almuerzos. Los padres deben haber instruido a sus hijos en torno al uso correcto del microonda. Lo usarán bajo su propio riesgo. Los estudiantes hasta Segundo grado deben traer su almuerzo listo para su consumo.

Yo, \_\_\_\_\_ padre, madre, encargado o tutor de \_\_\_\_\_ que cursa el grado \_\_\_\_\_. He instruido a mi hijo (a) (s) en torno al uso correcto del microondas y [  ] autorizo [  ] NO autorizo el uso del mismo. Entiendo que la institución no consta con el personal para calentar alimentos y lo utilizará bajo su propio riesgo

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre, encargado o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



I, \_\_\_\_\_, (mother, father or guardian) authorize  
(Yo.) (madre, padre o encargado) (autorizo a las

the following persons to pick up my child, \_\_\_\_\_  
siguientes personas a recoger a mi hijo en la escuela)

## HOJA DE AUTORIZACIÓN PARA RECOGER ESTUDIANTES

(Documents for pick up students)

PASTE PHOTOS (2 x 2) OF EACH PERSON AUTHORIZED WITH HIS OR HER  
(Pegar 1 foto tamaño 2 x 2 para cada persona autorizada con su

**NAME AND RELATIONSHIP TO CHILD**  
(Nombre y relación con el estudiante)

1) \_\_\_\_\_  
Name Relationship

2) \_\_\_\_\_  
Name Relationship

3) \_\_\_\_\_  
Name Relationship

4) \_\_\_\_\_  
Name Relationship


Authorized signature \_\_\_\_\_  
(Firma autorizada)

Date: \_\_\_\_\_



## ORIENTACIÓN NUEVO INGRESO

Yo, \_\_\_\_\_ he sido orientado por la Administración de la Escuela Elemental y Superior Antolina Vélez sobre reglamento, normas, servicios académicos, horario extendido, actividades extracurriculares, costos y requisitos de ingreso necesarios para inscribir al estudiante en la institución. De igual forma se me ha dado el recorrido por las facilidades y patios. Finalmente, se me permitió hacer preguntas para aclarar cualquier duda.

Una vez yo, \_\_\_\_\_ haya tomado la decisión de inscribir a mi hijo (a)s en la escuela EAVIA me comprometo a seguir las normas y cumplir con lo que se estipula en el Reglamento.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o encargado

\_\_\_\_\_  
Firma personal administrativo

\_\_\_\_\_  
Fecha





## ESTUDIO SOCIO ECONÓMICO PARA LAS ESCUELAS PRIVADAS

Año Escolar \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Femenino [ ] Masculino [ ]

Estimados padres o encargados:

El Departamento de Educación, en virtud a la Ley de Educación Elemental y Secundaria de 1965, según enmendada, está llevando a cabo el proceso de Consulta con las escuelas privadas interesadas en participar de los servicios de los programas que figuran en el Título VIII y que se desarrollan en Puerto Rico. En la consulta para este año escolar, se requiere información relacionada al nivel socioeconómico de cada estudiante de nuestra escuela, entre otros datos.

La información recopilada será para uso exclusivo del Departamento de Educación, de forma tal que puedan aplicar las formulas correspondientes para recibir la participación equitativa que corresponde a esta escuela. Entendemos que contar con estos programas federales refuerzan los servicios educativos que ofrecemos a nuestros estudiantes. Le exhortamos a que complete la información que se solicita más adelante por cada niño que asista a nuestra escuela.

1. Especifique, ¿Cuál es el ingreso anual de su familia? Considere el número de miembros que viven en la casa.

UMBRAL PROMEDIO PONDERADO AL NIVEL DE POBREZA 2020	
Número de miembros por composición familiar	Ingresos al año
1	\$12,760
2	\$17,240
3	\$21,720
4	\$26,200
5	\$30,680
6	\$35,160
7	\$39,640
8	\$44,120

**Nota: Por cada miembro adicional, añada 4,180.00**

Número de personas que viven bajo el mismo techo incluyendo el estudiante. \_\_\_\_\_



## Certificado Médico

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Por la presente certifico que \_\_\_\_\_ es paciente  
de nuestro consultorio médico. Tiene \_\_\_\_\_ años de edad. Que hasta la fecha de hoy  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ se encuentra \_\_\_\_\_ de salud.

Favor, especifique si tiene alguna condición de salud:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del médico

\_\_\_\_\_

Número de Licencia