



St. Philip Neri Catholic School

Educando al Niño: Mente, Cuerpo y Espíritu

Lista de Verificación de Inscripción

Los siguientes formularios deben completarse para finalizar la inscripción e iniciar las clases para el año escolar 2021-2022. Puede descargar un paquete de registro de nuestro sitio web en Admissions at www.stphilipneri.net o puede ponerse en contacto con la Oficina para obtener un paquete de registro.

REQUISITOS PARA TODAS LAS FAMILIAS ACTUALES Y NUEVAS:

- Formulario de solicitud de inscripción + Cargo por depósito de preinscripción (\$100 por niño)
- Cuota de inscripción: \$400 (incluye depósito previo al registro de \$100)
- Saldo de \$275 Pagado antes del 1 de julio de 2021 (Descuento de \$25)
- Saldo de \$300 Pagado después del 1 de julio y antes del primer día de clases (30 de agosto de 2021)
- Registro SchoolSpeak (Sistema de Comunicación Escolar y Base de Datos de Estudiantes)
- Actualizar perfil para familias actuales
- Tarjeta de emergencia familiar
- Formulario de alimentos y alergias
- Formulario de autorización de medicamentos (si es necesario)
- Formulario de liberación no comercial (ADLA)
- Encuesta de idioma en el hogar
- Formulario de opción de aprendizaje: aprendizaje a distancia o aprendizaje híbrido
- Registros de inmunización actualizados: Solo estudiantes de K y 7^º grado
- Acuerdo de colegiatura firmado (Reunión con la Directora)
- Cuenta y contrato de TADS completados (incluye una tarifa de procesamiento de \$55 a TADS)

ARTÍCULOS ADICIONALES PARA NUEVAS FAMILIAS/ESTUDIANTES:

- Certificado de nacimiento
- Certificado de Comunión (si aplica)
- Registro actual de inmunización
- Copia del último Reporte de Calificaciones y Transcripciones Escolares
- Se puede proporcionar una solicitud de transcripción escolar de SPN
- Entrevista con el Director (Obligatoria)
- Se programará pruebas de colocación
- TK: Los estudiantes deben tener 4 años de edad antes del 1 de septiembre
- K: Los estudiantes deben tener 5 años de edad antes del 1 de septiembre

REQUISITOS DE SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA:

- Asistir a una sesión de información de asistencia financiera del SPN (se proporcionará una sesión en marzo y abril de 2021)
- Obtenga una solicitud de CEF 2021-2022: Puede descargar desde nuestro sitio web en www.stphilipneri.net o solicitar una copia impresa de la Oficina.
- Complete la solicitud CEF 2021-2022 (descargar desde nuestro sitio web) y proporcione una copia de su Impuesto Federal sobre la Renta 2019 antes del 15 de abril de 2021.
- Se programarán entrevistas de asistencia financiera con el Director (a partir de marzo de 2021).

*Los contratos de colegiatura 2021-22 se finalizarán después de recibir una decisión del CEF y antes de que se pueda finalizar la inscripción de su hijo.

REQUISITOS DE CERTIFICACIÓN VIRTUS DE LOS PADRES:

Obligatorio para hacer horas de servicio en el campus.

La Oficina puede proporcionarle más información sobre su estado.

- Huella digital ADLA & Liberación de Antecedentes
- Finalización del Curso de Certificación VIRTUS
- NUEVA CERTIFICACIÓN: Proteger a los hijos de Dios (3 horas - Expira después de 4 años)
- RECERTIFICACIÓN: Mantener viva la promesa (1,5 horas - Expira después de 3 años)
- Firmar la Guía para adultos que trabajan con menores en el Formulario de Eventos Parroquiales/Escolares

ESCUELA CATOLICA SAN FELIPE NERI

12522 Stoneacre Ave.
Lynwood, CA 90262
(310) 638-0341

Aplicación de Inscripción 2021-2022		Correo Electronico:				
Información del Estudiante						
Fecha De La Aplicación	Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Religión	Año Escolar	
Domicilio	Ciudad	Zona Postal	Numero de Teléfono			
Fecha de Nacimiento	Ciudad de Nacimiento	SEXO M F	Lenguaje usado en casa			
Estudiante vive con:	Papá	Mamá	Papá y Mamá	Padrastro	Madrastra	Guardián
INFORMACIÓN FAMILIAR	Padre	Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Religión	Lugar de Nacimiento
		Profesión	Teléfono de el Trabajo	Lugar de Empleo		
		Numero de Celular	Domicilio de Empleo			Zona Postal
		Soltero Casado Divorciado Viudo Fallecido	Lenguaje: Español ___	Inglés ___ Los Dos ___	Etnicidad (Opcional)	Nivel de Educación
	Madre	Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Religión	Lugar de Nacimiento
		Profesión	Teléfono de el Trabajo	Lugar de Empleo		
		Numero de Celular	Domicilio de Empleo			Zona Postal
		Soltero Casado Divorciado Viudo Fallecido	Lenguaje: Español ___	Inglés ___ Los Dos ___	Etnicidad (Opcional)	Nivel de Educación
	Guardián	Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Religión	Lugar de Nacimiento
		Profesión	Teléfono de el Trabajo	Lugar de Empleo		
		Numero de Celular	Domicilio de Empleo			Zona Postal
		Soltero Casado Divorciado Viudo Fallecido	Lenguaje: Español ___	Inglés ___ Los Dos ___	Etnicidad (Opcional)	Nivel de Educación
INFORMACIÓN DE SU PARROQUIA	RELACION CON EL ESTUDIANTE:					
	Es miembro registrado en el parroquia de San Felipe Neri		Si _____	No _____		
	Si esta registrado, cual es el numero de su sobros: _____					
	Si NO, cual es su parroquia? _____					
	Usa sus sobros para sus donaciones		Si _____	No _____	Numero: _____	
	Viene a Misa regularmente?		Si _____	No _____		
	En que áreas sirve a su parroquia?		_____			
Si es nuevo en esta comunidad, en que áreas servía a sus parroquia previa:		_____				



2021-2022 Formulario de Registración de SchoolSpeak

PARA NUEVAS FAMILIAS Y FAMILIAS EXISTENTES (SOLO SI TIENE ALGUN CAMBIO):

SchoolSpeak es el sistema que estamos usando para la información y comunicación con los padres, para asistencia y calificaciones. Los padres pueden tener acceso a las publicaciones de la escuela y salón de clases, asignación de tareas, asistencia y calificaciones. Por lo menos UN PADRE/GUARDIAN DEBE proveer la siguiente información. Usted recibirá un correo electrónico de Bienvenida y un usuario y contraseña una vez que este establecido.

EL PADRE PRINCIPAL para recibir información de los estudiantes:

Nombre del Estudiante(1) Apellido de Estudiante Grado Fecha de Nacimiento

Nombre del Estudiante(2) Apellido de Estudiante Grado Fecha de Nacimiento

Nombre del Estudiante(3) Apellido de Estudiante Grado Fecha de Nacimiento

Nombre del Padre Apellido del Padre #de Celular _____
Proveedor de Telefonía: _____ (Para FuturosTextos)

Domicilio: _____ CA _____
Numero y Nombre de la Calle Ciudad Código Postal

E-Mail: _____@_____

Si desea autorizar a una segunda persona para recibir esta información, favor de proveernos con la siguiente información y firme al final.

Nombre Apellido #de Celular _____
Proveedor de Telefonía: _____ (Para FuturosTextos)

E-Mail: _____@_____

Autorizado por: _____
Nombre en letra de molde Firma

STUDENT'S INFORMATION/INFORMACION DEL ALUMNO Complete information for each child/complete la información por cada alumno			
3. Last name/Apellido		Middle/Segundo nombre	
Grade/Grado:	Social Security # (optional)	Birthdate Fecha de nacimiento:	Birthplace Lugar de Nacimiento:
Sex/Sexo: M F (Circle one)	Wears/usa: Glasses/Anteojos Contact lenses/lentes De Contacto (Circle one)		
Medical Alert/Alerta Médica: Conditions requiring special emergency care/Condiciones que requieren cuidados de emergencia especiales.	Asthma/Alergias Health Problems/Problemas de Salud Medication/Medicamento		
History of seizures/Historia de ataques	Yes/Sí	No (circle)	Student's HMO enrollment #:

FOR OFFICE
USE ONLY
PARA USO
DE LA
OFICINA
UNICAMENTE

EMERGENCY CARE INFORMATION/INFORMACION DE CUIDADO DE EMERGENCIA	
Name/Nombre:	Relationship/Relación: Phone#
Name/Nombre:	Relationship/Relación: Phone#
Name/Nombre:	Relationship/Relación: Phone#
Name/Nombre:	Relationship/Relación: Phone#

HEALTH INSURANCE/ASEGURANZA MEDICA Carrier Name & Address:	
Group Number/Numero de Grupo:	Subscriber Number/numero de subscripción
Doctor's Name/Nombre del Doctor	Phone #/# de Telefono: Address/Dirección
Dentist's Name/Nombre del Dentista	Phone #/# de Telefono: Address/Dirección

EARTHQUAKE-DISASTER RELEASE INFORMATION/INFORMACION DE EMERGENCIA Y TERREMOTO	
TO BE COMPLETED FOR EACH STUDENT BY SCHOOL OFFICIAL IN THE EVENT OF AN EARTHQUAKE-DISASTER A SER COMPLETADA PARA CADA ALUMNO POR UN OFICIAL ESCOLAR EN EL EVENTO DE UN TERREMOTO O DESASTRE	
1. Student's Name/Nombre del alumno	3. Student's Name/Nombre del alumno
Was released to/se le entregó a:	
Location to where the child was taken/lugar a donde se llevó al alumno:	
School official releasing the child/Oficial escolar que entregó al alumno:	
Date/Fecha:	Time/Hora:

CONSENT/ACUERDO
I understand that the school does not assume responsibility for payment of physician. However, in an emergency the school may choose a physician. In an emergency I give the school permission to have my child receive medical treatment.
Entiendo que la escuela no asume responsabilidad por pago a doctores. Sin embargo, en caso de emergencia la escuela puede elegir un doctor. En caso de emergencia le doy autorización para que mi hijo/a reciba tratamiento médico.

Signature of/Firma de _____ **Date** _____ **Parent/Guardian** _____

SAINT PHILIP NERI CATHOLIC SCHOOL
FORMA DE ALERGIYA Y MEDICAMENTOS

AÑO ESCOLAR 2021-2022

Queridos Padres/Guardianes:

En ocasiones, los padres piden traer golosinas (cumpleaños, etc.) para la clase. NOSOTROS DEBEMOS TENER ESTA FORMA EN ARCHIVO SI SU NIÑO/A VA A PARTICIPAR EN ESTOS EVENTOS. También debemos saber si su niño/a requiere medicamento en la escuela.

INFORMACION DE ALERGIAS:

- Mi hijo/o **NO** tiene alergias a la comida. _____ (Iniciales)
- Mi hijo/o **SI** tiene las siguientes alergias: (Favor de especificar) _____

PERMISO PARA PARTICIPAR EN LAS FIESTAS DE LA CLASE:

- Mi hijo/o **PUEDE** comer golosinas para las fiestas de la clase (cumpleaños y eventos especiales).

Circule uno:

 SI NO

AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS: Si su respuesta fue si, usted debe completar lo siguiente **Permiso y Autorización De Medicamento** para que el medicamento pueda ser guardado en la oficina y ser tomado en la escuela si es necesario.

Mi hijo/a tiene que tomar medicamento en la escuela:

 SI NO

- Por favor especifique (nombre del medicamento): _____ Razón: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ **GRADO:** _____

Nombre del Padre : _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

MEDICATION AUTHORIZATION AND PERMISSION FORM

Location: _____

Part A to be completed by a licensed physician unless copy of prescription and original prescription bottle is provided containing the information requested in Part A.

I hereby request that my son/daughter be allowed to take the following medication(s) at the Location identified above and/or at a Location sponsored field trip, event or activity.

_____	_____	_____	_____
Last Name of Minor	First Name	Sex	Birth Date

Name of Medication: _____

A. Physician's Instructions. (Complete where applicable)

Purpose of Medication or Diagnosis

_____	_____	_____
Dosage Prescribed	Date/Time Schedule	Dose Form (tablet/liquid)

Please notify this office if patient misses medication Yes No

Medication may have adverse effects (explain) _____

Special instructions and/or comments: _____

_____	_____	_____
Print Name of Licensed Physician	Signature of Licensed Physician	Date

Physician Address and Phone Number

B. Permission for Administration of Medication and/or Testing at Location and/or at Location sponsored Field Trip/Event/Activity: I request that my son/daughter identified above, be permitted to carry and use emergency medication (inhaler, epi-pen, insulin, etc.) and/or test for levels of blood sugar at the Location identified above and/or at a Location sponsored field trip/event/activity as prescribed by the physician above. I acknowledge and understand that no health care professional or other trained adult may be available at the Location or at the field trip/event/activity to assist, monitor or supervise my son/daughter's self-administration of medication or testing unless arrangements have been made in advance. In the event that my son/daughter is unable to self-administer or self-test, I agree that Location staff/chaperones may assist my son/daughter to the extent possible under the circumstances, but neither they nor the Location shall be liable for any adverse consequences or injury. I hereby give the Location staff/chaperones permission to call paramedics to render treatment to my son/daughter should that be necessary and to release medical information to first responders for that purpose. For all other medications, my son/daughter and I will comply with the Location's policies and procedures and will provide the Location with any medication my son/daughter requires in its original prescription bottle.

Parent/Guardian Name: _____ Emergency phone number: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____



**AUTORIZACION DE PADRES/GUARDIANES PARA ESTUDIANTES O MENORES
(CON FINES NO COMERCIALES)**

Esta sección debe de ser completada por la entidad Arquidiocesana (Escuela/Parroquia/Arquidiócesis) que patrocina la actividad ("Lugar"):

Nombre del lugar: _____

El lugar tiene la intención de usar la imagen, el nombre, la voz y/o el trabajo de su hijo/a para fines no comerciales relacionados con el evento(s) o actividad(es) que se identifican a continuación.

Descripción del evento(s)/actividad(es) para los cuales esta autorización se aplica:

Duración de la Autorización: _____

Esta sección debe ser completada por los padres/guardianes:

Yo, _____ (Nombre) soy el padre, madre, o
guardián de _____ (Nombre del menor), un menor.

Por la presente autorizo al lugar, a utilizar la siguiente información personal de mi hijo/a
(Por favor marcar la respuesta que aplica)

Imagen: si no **Voz:** si no **Nombre:** si no **Trabajo:** si no

Yo entiendo y estoy de acuerdo que la imagen, voz, nombre y/o trabajo de mi hijo/a ("Información Personal") relacionados con los eventos o actividades descritos anteriormente serán usados para propósitos no comerciales, incluyendo, pero no limitados a publicidad, exhibiciones, emisión de medios electrónicos o investigaciones. Entiendo y acepto que la información personal de mi hijo/a puede ser copiada, editada y distribuida por el lugar en publicaciones, catálogos, folletos, libros, anuarios, revistas, exhibiciones, películas, videocasetes, CDs, DVDs, mensajes de correo electrónico, sitios web o cualquier otro medio aun no conocido o desarrollado posteriormente ("Materiales").

El lugar puede usar la información personal a su criterio exclusivo, con o sin el nombre de mi hijo/a o con un nombre ficticio, y con material biográfico preciso o ficticio. El lugar no usará la información personal para propósitos inadecuados o de manera inconsistente con las enseñanzas de la Iglesia Católica Romana.

Renuncio a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar cualquier material que pueda ser creado usando la información personal ahora y en el futuro. A cambio de la oportunidad dada por el lugar a mi hijo/a de participar en la actividad, estoy de acuerdo en que ni yo ni mi hijo/a recibiremos compensación monetaria, regalías o crédito. Entiendo y acepto que el lugar será titular de todos los derechos, títulos e intereses, incluidos los derechos de autor en las fotografías, las grabaciones



**PARENT/GUARDIAN RELEASE FOR STUDENT OR MINOR
(NONCOMMERCIAL)**

This section to be completed by the Archdiocesan entity (school/parish/ACC) sponsoring the activity ("Location"):

Name of Location: ST. PHILIP NERI SCHOOL

The Location intends to use your child's image, name, voice and/or work for noncommercial purposes relating to the event(s) or activity(ies) identified below.

Description of events/activities to which this Release applies:

ALL CLASSROOM, PARISH CHURCH AND SCHOOL RELATED EVENTS CONDUCTED ON OR OFF CAMPUS

Duration of Release: 2021-2022 SCHOOL YEAR (August 1, 2021 - June 30, 2022)

This section to be completed by Parent/Guardian:

I, _____ am the parent/guardian of _____, a minor.

I hereby authorize the Location to use the following personal information about my child:
(Please initial the applicable boxes)

Image: yes no **Voice:** yes no **Name:** yes no **Work:** yes no

I understand and agree that my child's image, voice, name and/or work ("Personal Information") relating to the events or activities described above will be used for noncommercial purposes, including, but not limited to, publicity, exhibits, electronic media broadcasts or research. I understand and agree that my child's Personal Information may be copied, edited and distributed by the Location in publications, catalogues, brochures, books, yearbooks, magazines, exhibits, films, videotapes, CDs, DVDs, email messages, websites, or any other form now known or later developed ("Materials").

The Location may use the Personal Information at its sole discretion, with or without my child's name or with a fictitious name, and with accurate or fictitious biographical material. The Location will not use the Personal Information for improper purposes or in a manner inconsistent with the teachings of the Roman Catholic Church.

I waive any right to inspect or approve any Materials that may be created using the Personal Information now and in the future. In exchange for the opportunity given to my child by the Location to participate in the activity, I agree that neither I, nor my child, will receive monetary compensation, royalties or credit. I understand and agree that the Location shall be the owner of all right, title and interest, including copyright, in the photographs, electronic recordings and Materials. If the Location intends to use the Materials for a commercial purpose, I will be provided at that time with information about the terms of the commercial use.



I hereby waive, release and forever discharge any and all claims, demands, or causes of action against the Location and its affiliated entities, employees, agents, contractors and any other person, organization, or entity assisting them with the photography, electronic recording or Materials, for damages or injuries in any way related to, or arising from the photography, electronic recording or Materials, or the use of the Personal Information, and I expressly assume the risk of any resulting injury or damage.

I further understand and agree that this Authorization remains in effect until it is withdrawn in writing. I understand that if I change my mind about this Authorization, that I will submit another, new authorization form to the Location. However, my new authorization will not have the effect of revoking this Authorization, and the Location will have no duty or obligation to make any changes or alterations to any Materials that may have been prepared based on this Authorization.

I represent that I have read this Authorization, understand the contents and am able to grant the rights and waivers it contains. I understand that the terms of this Authorization are contractual and not mere recitals. I am signing this document freely and voluntarily.

Signature: _____ Date: _____

Print Name: _____ Relationship to Child: _____

Address: _____

Telephone: _____ Cellphone: _____

Email: _____

Name of Child: _____ Age: _____



Encuesta del Idioma en el Hogar

Surname/Family Name of Student: _____

First Given Name of Student: _____

Second Given Name of Student: _____

Age of Student: _____ Grade Level of Student: _____

Teacher Name: _____

Note: School district personnel should complete all of the information items above this line.

Instrucciones para padres y tutores:

El *Código de Educación* de California contiene requisitos legales que guían a las escuelas a dar un examen de proficiencia en inglés a los estudiantes. El proceso comienza con determinar el idioma o idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a esta encuesta del idioma ayudarán al personal de la escuela saber si el estudiante debe tomar el examen. Esta información es esencial para que la escuela pueda proveer programas y servicios adecuados a los estudiantes.

Como padre o tutor, su cooperación es necesaria para cumplir con estos requisitos. Por favor responda a cada una de las cuatro preguntas siguientes de la forma más precisa posible. Para cada pregunta, escriba el nombre(s) del idioma(s) que corresponde en el espacio suministrado. Por favor, responda a todas las preguntas. Si contestó con error a las preguntas de esta encuesta de idioma, Ud. puede solicitar corrección de su respuesta antes de que la proficiencia de su estudiante sea evaluada.

1. *¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar?*

2. *¿Qué idioma habla su hijo en casa con más frecuencia?*

3. *¿Qué idioma utilizan ustedes (los padres o tutores) con más frecuencia cuando hablan con su hijo?*

4. *¿Qué idioma se habla con más frecuencia entre los adultos en el hogar (padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto)?*

Por favor firme y feche este formulario en el espacio suministrado a continuación y devuelva el formulario al maestro de su hijo. Muchas gracias por su cooperación.

Firma del padre/madre o tutor _____

Fecha _____