



## Lista de verificación de Inscripción 2020-2021

*Los siguientes formularios deben completarse y enviarse para completar la inscripción. Póngase en contacto con la Oficina para obtener un paquete de registro. Todos los formularios de inscripción se publicarán y se pueden descargar desde nuestro sitio web <http://www.stphilipneri.net> y la página de anuncios de SchoolSpeak..*

- 2020-2021 Formulario de Solicitud de Inscripción
- Cobro de Registración: \$400
  - \$100 al momento de la inscripción inicial (se aplican tarifas de inscripción temprana)
    - Pagar \$50 (para Febrero 28, 2020) – descuento de \$50
    - Pagar \$75 (para Marzo 31, 2020) – descuento de \$25
  - \$300 debido antes del 1er día de clases: August 26, 2020
- ACH Contrato de gestión de matrícula
  - Incluye un cobro de \$40 cuota de procesamiento
- Tarjeta de Emergencia
- Formulario de alimentos y alergias
- Formulario de autorización no comercial para padres (ADLA)
- SchoolSpeak formulario de registración
- 2020-2021 Contrato de matrícula
- Los nuevos estudiantes deben presentar:
  - Certificado de nacimiento
  - Certificado de comunión (si corresponde)
  - Registro de vacunación actual
  - Copia del último boletín de calificaciones / transcripciones

**ESCUELA CATOLICA SAN FELIPE NERI**

12522 Stoneacre Ave.

Lynwood, CA 90262

(310) 638-0341

<b>Aplicación de Inscripción</b> 2020-2021		<b>Correo Electronico:</b>				
<b>Información del Estudiante</b>						
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	Padrastra	Guardián	
<b>INFORMACIÓN FAMILIAR</b>	<b>Padre</b>	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___	Ingles___ Los Dos___	Etnicidad (Opcional)	Nivel de Educación
	<b>Madre</b>	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___	Ingles___ Los Dos___	Etnicidad (Opcional)	Nivel de Educación
	<b>Guardián</b>	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___	Ingles___ Los Dos___	Etnicidad (Opcional)	Nivel de Educación
<b>INFORMACIÓN DE SU PARROQUIA</b>	<b>RELACION CON EL ESTUDIANTE:</b>					
	Es miembro registrado en al parroquia de San Felipe Neri		Si _____	No _____		
	Si esta registrado, cuál es el numero de su sobres:		_____			
	Si NO, cual es su parroquia?		_____			
	Usa sus sobres 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:		_____			

Última escuela atendida	Nombre de la escuela _____
	Dirección _____ Ciudad: _____ Estado: _____

SAN FELIPE NERI	Hay miembros de la familia que han asistido a la escuela de San Felipe Neri? (Papá, Mamá, Tíos, Tías, Primos, etc.)		
	Nombre: _____	Relación: _____	Año de graduación _____
	Nombre: _____	Relación: _____	Año de graduación _____
	Nombre: _____	Relación: _____	Año de graduación _____

HERMANOS Y HERMANAS	Nombre	Grado	Escuela	Graduado de	Año
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____

(OFFICE USE ONLY)

\* IF ATTENDING SAINT PHILIP NERI SCHOOL:

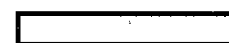
VERIFIED BY: \_\_\_\_\_ COMPLETE: \_\_\_\_\_ INCOMPLETE: \_\_\_\_\_

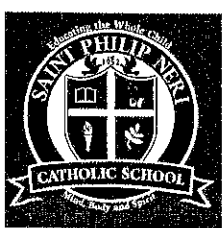
FIRMA DE PADRE/MADRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**NECESITA ENTREGAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS CON LA APLICACION PARA PODER HACER UNA CITA DE EXAMEN**

- Acta de Nacimiento	- Tarjeta de Vacunas	- Paquete de Emergencia o la escuela proveera uno por \$25 si no es entregado 9/6/2019
- Acta de Bautismo	- Copia de ultimas calificaciones	- Formulario de CEF y taxes 2018
- Certificado de Primera Communion	- Tarjeta de Emergencia	- Formulario de alimento escolares
- Coutu de Registracion	- Contrato de ACH, coutu, y cheque	
- Forma de alergias y medicamento	- School speak forma de registracion	
- Formulario de liberación no comercial para padres		

<b>For Office Use:</b>		Test Results: _____
Date Received: _____	Test Date: _____	Acceptance Status: _____
By: _____	Test Time: _____	Grade: _____





# Saint Philip Neri School 2020 – 2021 Tuition & Fees

SCHOOL OFFICE HOURS ARE:

MONDAY – THURSDAY 7:30 am - 3:30 pm

FRIDAYS 7:30 am TO 12:30 pm

12522 Stoneacre Avenue

Lynwood, CA 90262

[www.stphilipneri.net](http://www.stphilipneri.net)

Phone: (310) 638-0341

Fax (310) 632-5119

Fr. Ernesto Jaramillo, Pastor

Mrs. Alexandra Gonzales, Principal

Ms. Adryann Padilla, Vice-Principal

## **CUOTAS ANUALES Por Alumno:**

**\$400** Después del 1º de Abril

(\$100 Al momento de inscribir) Incluye: Gastos administrativos, Renta de Libros, Tecnología y Seguro. (No Reembolsable)

### Inscripción Temprana:

Antes del 28 de Febrero **\$350 (\$50 Ahorro)**

(\$50 a pagar la inscripción)

Antes del 31 de Marzo **\$375 (\$25 Ahorro)**

(\$75 a pagar la inscripción)

\$300.00 a pagar antes del inicio de clases: Agosto 26, 2020

Forma de ACH debe entregarse a la oficina para poder procesar su solicitud.

## **COLEGIATURA (Al Año)**

-1 Niño/a: \$3,905.00 u 11 pagos de of \$355.00

(De Agosto a Junio)

-Cada niño adicional \$2750.00 al año

Familias con estudiantes en K y 8vo grado de Ago. a Mayo  
\*La colegiatura será colectada el 20 de cada mes. Habrá un cargo de \$ 50.00 después de esta fecha.

\*Un cargo de \$ 35.00 se agregara por cheques devueltos.

**5% DE DESCUENTO EN LA MATRICULA ANUAL SI PAGA ANTES DEL 1er DIA DE CLASES.**

## **ACH: Manejo de Colegiatura**

Todas las familias DEBEN estar en ACH de otra manera están sujetos a un recargo anual de \$100.00  
**NO EXCEPCIONES**

Favor de proveernos un cheque ANULADO.

## **RECAUDACIÓN DE FONDOS**

### **OBLIGATORIO**

- Boletos p/ eventos PTO/ Parroquia (2) \$50.00
- Boletos p/ el carnaval parroquial (10/31/20) \$200.00
- Venta de postres (12/6/20 Vender \$375) \$150.00
- Boletos Festival Cinco de Mayo (5/1/21) \$200.00
- Venta de chocolates: Primavera (2/28/21) vender \$300.00 o \$150.00 por no vender
- Venta en Domingo por clase: \$25 y un 12 de sodas de donación y trabajar un turno de 4 horas POR NIÑO

## **OTRAS CUOTAS PUEDEN APLICAR!**

Graduación de Kínder	\$150.00
Graduación de 8º Grado	\$300.00
1ª comunión	\$75.00
Kit de Emergencia (fecha límite de entrega 9/6)	\$25.00
Faltar a las juntas obligatorias p/ padres	\$25.00

*\*Hay dos reuniones obligatorias cada año: comienzo y fin del año escolar*

## **UNIFORMES**

ES MANDATORIO USAR UNIFORMES;

Uniformes regulares deben usarse de Lunes a Jueves.

Uniforme Formal debe usarse los Viernes y días especiales.

Uniformes de P.E.(días designados)

HILDA'S UNIFORM SHOP

1001 E. COMPTON BLVD.

COMPTON, CA 90221

(310) 631-7474

EN LA OFICINA VENDEMOS LOS UNIFORMES DE EDUCACION FISICA POR \$35.00 EL SET

## **HORAS DE SERVICIO**

Hay **30 horas** de servicio obligatorias (20 por familia para la escuela; 5 por venta en Domingo por clase y 5 horas para el Carnaval de la Parroquia) O \$25.00 por cada hora NO TRABAJADA. Habrá una multa de \$25.00 por junta no asistida. Familias que no pagan colegiatura completa deben trabajar extra horas.

## **Guardería después de la escuela:**

Guardería se ofrece por un cargo adicional y opera de 3pm-6pm en los días de salida habitual y de 12 medio día a las 6pm en los días de salida temprana.

Se le cobrará \$20 de recargo si recoge a su niño/a entre 6-6:10pm y \$1 cada minuto después de las 6:30pm

CUOTAS:	\$50.00	Cuota anual Por NIÑO
	\$110.00	Mensual por 1 Niño/a
	\$170.00	Mensual por 2 Niños/as
	\$230.00	Mensual por 3 Niños/as

**¡NO HAY COBRO EXTRA POR LAS MAÑANAS!**

\*\$25 Cuota Tardía

Cuidado de niños Solamente por la mañana \$50.00 por niño.

## **ASISTENCIA FINANCIERA**

TODOS los solicitantes deben asistir a la junta de información de Asistencia Financiera el 24 de Febrero o 16 de Marzo a las 6pm. Debe entregar el **1ro de Abril del 2020** la solicitud de beca CEF y una copia de de la forma 1040 de taxes o un comprobante de ingresos Notarizado. Después de entregar los documentos se le dará una cita con la directora. **¡SIN EXCEPCIONES!**

*"Educating the Whole Child: Body, Mind and Spirit"*

## Formulario de autorización de pago recurrente de ACH

### Así es como funcionan los pagos recurrentes:

Usted autoriza cargos programados regularmente a su cuenta de cheques o de ahorros. Se le cobrará el monto indicado en cada período de facturación. El cargo aparecerá en su estado bancario como un "Débito ACH". Usted acepta que no se proporcionará ninguna notificación previa a menos que la fecha o el monto cambien.

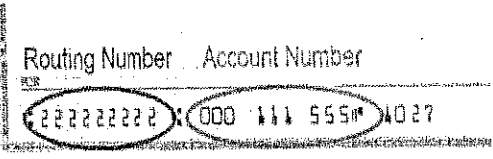
**Persona responsable del pago:** \_\_\_\_\_

**Relación con el estudiante:** \_\_\_\_\_ (Padre/Tío/Tía/Hermano/Guardian, etc.)

Autorizo a la Escuela Católica St. Philip Neri a cargar a mi cuenta bancaria que se indica a continuación el día 20 de cada mes por el pago de la matrícula y / o las tarifas de guardería de mi hijo / a. Esta autorización seguirá siendo válida mientras el / los estudiante (s) estén inscritos en la escuela católica St. Philip Neri.

Dirección de Envío \_\_\_\_\_ Telefono# \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_ Correo Electronico \_\_\_\_\_

VOIDED CHECK MUST BE ATTACHED

Tipo de Cuenta: <input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros	Matrícula total \$ _____
Dueño de la cuenta _____	Matrícula Mensual \$ _____
Nombre del banco _____	 Routing Number: 222222222 Account Number: 000 111 555 1027
Numero de cuenta _____	
Ruta Bancaria # _____	
Número de pagos cada año escolar: _____	Fecha de inicio: _____ Fecha final: _____
Guardería: <input type="checkbox"/> Cobro total \$ _____	Cobro Mensual \$ _____ Fecha de inicio: _____ Fecha final: _____

### Nombre (s) del estudiante (s) inscrito:

1. \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
(Firmante autorizado en la cuenta)

Entiendo que esta autorización permanecerá vigente hasta que la cancele por escrito, y acepto notificar por escrito a St. Philip Neri Catholic School sobre cualquier cambio en la información de mi cuenta o la finalización de esta autorización al menos 10 días antes de la próxima facturación fecha. Si las fechas de pago periódico mencionadas anteriormente caen en un fin de semana o feriado, entiendo que el pago puede ejecutarse el siguiente día hábil. Entiendo que debido a que se trata de una transacción electrónica, estos fondos pueden retirarse de mi cuenta tan pronto como se indiquen las fechas de las transacciones periódicas. En el caso de que una Transacción ACH sea rechazada por Fondos No Suficientes (NSF), entiendo que la Escuela Católica St. Philip Neri puede, a su discreción, tratar de procesar el cargo nuevamente dentro de los 30 días, y aceptar \$ 30 adicionales y hasta \$ 60 cargo por cada intento (20o, segundo intento 30o) que se iniciará como una transacción separada del pago recurrente autorizado. Reconozco que el origen de las transacciones ACH en mi cuenta debe cumplir con las disposiciones de la ley de los EE. UU. Estoy de acuerdo en no disputar esta facturación recurrente con mi banco siempre que las transacciones correspondan a los términos indicados en este formulario de autorización.

FAMILY'S LAST NAME:  
APELLIDO FAMILIAR

ARCHDIOCESE OF LOS ANGELES  
EMERGENCY - EARTHQUAKE - DISASTER INFORMATION

FAMILY INFORMATION/INFORMACION FAMILIAR

Home address: City: State: Zip: \_\_\_\_\_  
 Home Phone #: ( ) \_\_\_\_\_  
 Mother's Work Phone # ( ) \_\_\_\_\_ Pager # ( ) \_\_\_\_\_ Cellular Phone # ( ) \_\_\_\_\_ Call: 1<sup>st</sup> 2<sup>nd</sup> (circle)  
 Father's Work Phone # ( ) \_\_\_\_\_ Pager # ( ) \_\_\_\_\_ Cellular Phone # ( ) \_\_\_\_\_ Call: 1<sup>st</sup> 2<sup>nd</sup> (circle)

Child/children live with Both natural Parents/Ambos padres naturales Mother only/unicamente con la madre Father/Stepmother/Padre/madrastra  
 Alumno/os viven con: Father only/unicamente con el padre Mother/Stepfather/Madre/padrastro Guardian Other

**Mother's Name/Nombre de la Madre:** Mother's maiden name/apellido de soltera  
 Occupation/ocupación \_\_\_\_\_ Hours of employment/horas de empleo: \_\_\_\_\_  
 Employer/empleador \_\_\_\_\_ Work Address/dirección \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

**Father's Name/Nombre del Padre:** \_\_\_\_\_  
 Occupation/ocupación \_\_\_\_\_ Hours of employment/horas de empleo: \_\_\_\_\_  
 Employer/empleador \_\_\_\_\_ Work Address/dirección \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

STUDENT'S INFORMATION/INFORMACION DEL ALUMNO Complete information for each child/complete la información por cada alumno  
 1. Last name/Apellido \_\_\_\_\_ First/Nombre: \_\_\_\_\_ Middle/Segundo nombre \_\_\_\_\_

Grade/Grado:	Social Security # (optional)	Birthdate Fecha de nacimiento:	Birthplace Lugar de Nacimiento:	FOR OFFICE USE ONLY PARA USO DE LA OFICINA UNICAMENTE
Sex/Sexo: <b>M F</b> (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.	Health Problems/Problemas de Salud _____ Medication/Medicamento _____			
Asthma/Allergies _____	History of seizures/Historia de ataques Yes/Si No (circle) _____ Student's HMO enrollment #: _____			

STUDENT'S INFORMATION/INFORMACION DEL ALUMNO Complete information for each child/complete la información por cada alumno  
 2. Last name/Apellido \_\_\_\_\_ First/Nombre: \_\_\_\_\_ Middle/Segundo nombre \_\_\_\_\_

Grade/Grado:	Social Security # (optional)	Birthdate Fecha de nacimiento:	Birthplace Lugar de Nacimiento:	FOR OFFICE USE ONLY PARA USO DE LA OFICINA UNICAMENTE
Sex/Sexo: <b>M F</b> (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.	Health Problems/Problemas de Salud _____ Medication/Medicamento _____			
Asthma/Allergies _____	History of seizures/Historia de ataques Yes/Si No (circle) _____ Student's HMO enrollment #: _____			

<b>STUDENT'S INFORMATION/INFORMACION DEL ALUMNO</b> Complete information for each child/complete la información por cada alumno			
3. Last name/Apelido		First/Nombre: Middle/Segundo nombre	
Grade/Grado:	Social Security # (optional)	Birthdate Fecha de nacimiento:	Birthplace Lugar de Nacimiento:
Sex/Sexo: <b>M</b> <b>F</b> (Circle one)	Wears/usa: Glasses/Antojos 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/Si	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

2. Student's Name/Nombre del alumno

3. Student's Name/Nombre del alumno

Was released to/se le entregó a: Date/Fecha: Time/Hora:

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:

**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** \_\_\_\_\_ **Parent/Guardian** \_\_\_\_\_

# SAINT PHILIP NERI CATHOLIC SCHOOL FORMA DE ALERGIYA Y MEDICAMENTOS

## AÑO ESCOLAR 2020-2021

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

### PERMISO PARA PARTICIPAR EN LAS FIESTAS DE LA CLASE:

- Mi hijo/a **PUEDA** 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 especifiqué (nombre del medicamento): \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE:** \_\_\_\_\_ **GRADO:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre :** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



**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, church and school related events.

**Duration of Release:** School Year 2020-2021

---

*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: \_\_\_\_\_

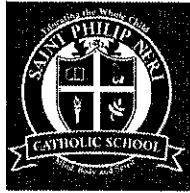
Address: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_ Cellphone: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Name of Child: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_





## Formulario de Registración de School Speak

School Speak es la empresa que estamos usando para la información y comunicación con los padres, asistencia, calificación. Estamos en transición para que los padres puedan tener acceso a las asignaciones de tareas, asistencia y calificaciones publicadas. Se nos requiere que les proporcionemos la siguiente información, por favor de llenarla y devolverla en la oficina con tu paquete de registración. Ud. Recibirá por correo electrónico su nombre de usuario y su clave personal

Uno de los padres acceso para recibir calificaciones 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

_____	_____	#de Celular	_____
Nombre del Padre	Apellido del Padre		Para Futuros Textos

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

E-Mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

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

_____	_____	#de Celular	_____
Nombre	Apellido		

E-Mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Autorizado por: \_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde Firma

## 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: \_\_\_\_\_

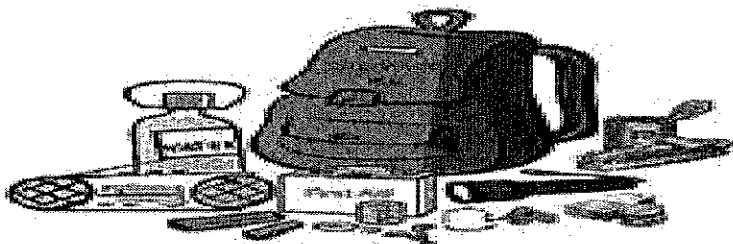
Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



# Kit de Emergencia para Desastres 2020-2021

- 🩹 (2) 16.9oz Botellas de Agua
- 🩹 (4) Barras de Granola/Barras de proteína/Atún (Proteína)
- 🩹 El libro favorito de tu hijo
- 🩹 Un par de calcetines
- 🩹 Un par de ropa Interior
- 🩹 (1) Bolsa de basura grande
- 🩹 Un paquete de toallitas pequeño
- 🩹 Un paquete de pañuelos desechables
- 🩹 (6) Curitas grandes (6) curitas pequeños
- ♡ Una Carta Tranquilizadora de Padre a hijo.

Todo esto empacado en una bolsa Ziploc de un galon. Marca el e nombre y el grado del niño



Debe estar en el salón de clase antes del 28 de Agosto, 2020. De otra manera la escuela proveerá uno con un costo de \$25.00 Que será agregado a su cuenta!!!