

El/Los Estudiante(s) viven con:

Ambos Padres Solo Madre Solo Padre Madre y Padrastro Padre y Madrastra

Otro: (Especifique) _____

Si corresponde: (Padre con custodia), proporcione una copia del documento de custodia de la corte para nuestros registros.

Yo, _____, tengo la custodia total de los niños mencionados anteriormente.
Nosotros, _____ y _____ compartimos la custodia de nuestros hijos.

CONTACTOS DE EMERGENCIA Y RECOGIDA (deben ser otros que no sean los padres)

1. _____ Telefono # _____ Rel: _____ Emergencia Recojer
2. _____ Telefono # _____ Rel: _____ Emergencia Recojer
3. _____ Telefono # _____ Rel: _____ Emergencia Recojer
4. _____ Telefono # _____ Rel: _____ Emergencia Recojer

Doy permiso para que cualquier persona mencionada anteriormente sea contactada y para que mi (s) hijo (s) sea entregado a los que figuran como recogidos.

Doy permiso para que mi número de teléfono de contacto y / o correo electrónico se compartan con otros padres / familiares de St. Rose School. Sí No

¿Su hijo ha recibido servicios que incluyen: 504 IEP Terapia Consejería Terapia de Lenguaje
Otro: _____

Firma de Padre/Guardian: _____ Fecha: _____

Firma de Madre/Guardian: _____ Fecha: _____

POLÍTICA DE NO DISCRIMINACIÓN: ST. ROSE SCHOOL ADMITE ESTUDIANTES DE CUALQUIER RAZA, COLOR Y NACIONALIDAD A TODOS LOS DERECHOS, PRIVILEGIOS, PROGRAMAS Y ACTIVIDADES GENERALMENTE OTORGADOS O DISPONIBLES EN LA ESCUELA. ST. ROSE SCHOOL NO DISCRIMINA POR MOTIVOS DE RAZA, COLOR O NACIONALIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE SUS POLÍTICAS EDUCATIVAS Y PROGRAMAS ADMINISTRADOS POR LA ESCUELA.



STA ROSA DE LIMA ESCUELA

CONTRATO DE PAGA

2024-2025

Entiendo que tengo la obligación moral y legal de cumplir con mis responsabilidades bajo este pagaré. Además, entiendo que el incumplimiento del calendario de pago elegido o el incumplimiento de mis horas de voluntariado para el año escolar 2024-2025 resultará en:

1. Retención de registros escolares y /o boletas de calificaciones.
2. Pérdida de elegibilidad para asistencia de becas que resulta en el costo total de la matrícula el siguiente año escolar.
3. El estudiante será liberado involuntariamente de la escuela.

Entiendo que todos los pagos de matrícula se realizarán a través de la empresa FACTS Management. Estoy de acuerdo en pagar:

\$ _____ para matrícula y \$ _____ Cuota de inscripción para el año escolar calendario 2024-2025.
\$ _____ (menos becas enumeradas a continuación).

ACEPTO: (Círculo uno): A. Pagar mi matrícula en su totalidad antes de: **Junio 15, 2024**
B. Regístrese y establezca pagos mensuales en FACTS (www.factsmgmt.com).

Ser Completada por Directora:

Esta familia ha recibido \$ _____ en la beca del P. Kerr para cubrir los costos de matrícula.
\$ _____ en beca de CWCF para cubrir los costos de matrícula.

La recaudación de fondos compensa el costo total de educar a un niño, por lo tanto, he declarado ser *un participante activo como voluntario en los programas de recaudación de fondos de la escuela*; Subasta y cualquier otra recaudación de fondos durante todo el año que necesite padres/tutores voluntarios. Las recaudaciones de fondos están sujetas a cambios sin previo aviso.

Deben cumplirse los siguientes requisitos mínimos:

K - 6 Familias – Se requieren horas de voluntariado (horas de voluntariado es opcional para Preescolar)

- 20 horas por familia para la Subasta
- 10 horas de voluntariado adicional
- \$500 mínimo por familia de nuestra venta de coronas, venta de dulces, Torneo de Golf o Coconut Crawl.

Familias Preescolar: solamente se requiere recaudación de fondos.

- \$500 por familia de nuestra venta de coronas o dulces, o el Coconut Crawl, Torneo de Golf

Su ayuda es apreciada con los siguientes eventos:

- Semana de las Escuelas Católicas
- Coconut Crawl (configuración, limpieza)
- Torneo de Golf
- Feria del libros
- Venta de dulces (organizar, recoger)
- Venta de coronas (organizar)
- Aula

No trabajar las horas requeridas para eventos de recaudación de fondos no es aceptable y resultará en una evaluación de multa del valor designado **de \$35.00 por hora, por familia**. No se acepta la no participación o devolver mercancía de recaudación de fondos que no vendida. Cualquier déficit entre la participación en la actividad y el valor asignado se cobrará además de la matrícula del próximo ciclo de facturación. El pago de la matrícula regular, más todas las tarifas adicionales deben estar al día en todas las cuentas antes de que pueda registrar a su(s) hijo(s) para el siguiente año escolar. Cualquier saldo pendiente está sujeto a acción de cobro. Estas políticas, junto con los requisitos de recaudación de fondos y voluntariado, se establecen y se pueden encontrar en el Manual del Estudiante. Al firmar este pagaré, estoy declarando que estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones. Los estudiantes no se inscribirán a menos que este formulario esté completo.

Firma de Padre/Guardian

Nombre Emprimido

Fecha

Firma de Padre/Guardian

Nombre Emprimido

Fecha



STA ROSA DE LIMA ESCUELA

PROGRAMA VOLUNTARIADO Y DE ALMUERZO

2024-2025

Cafetería (almuerzo caliente)

La cuenta de almuerzo de su hijo es una cuenta prepagada y no es una cuenta de cargo. El almuerzo caliente cuesta \$4.00 por comida. El precio reducido del almuerzo es \$.40 y la leche es de \$.55. Los fondos se pueden agregar a su cuenta mediante cheque, efectivo o retiro de su cuenta FACTS. **Si la cuenta de su hijo es negativa, St Rose facturará automáticamente a su cuenta de FACTS \$25 para recargar la cuenta.** También puede optar por que los fondos se retiren automáticamente mensualmente de su cuenta FACTS ingresando una cantidad aquí: \$ _____

Política de Voluntariado

La fuerza de la educación Católica se centra en la asociación entre los maestros, estudiantes, padres y la comunidad. El programa de voluntariado es una forma de alentar y reconocer los regalos de tiempo y talento dados por nuestras familias en esta asociación. Estos regalos construyen nuestra comunidad escolar de manera significativa. En el espíritu de cooperación y colaboración, se requiere que las familias proporcionen al menos 30 horas de servicio durante el año escolar. Específicamente, 20 horas por familia para la subasta escolar anual y 10 horas de horas de voluntariado misceláneo.

Firmar este contrato de inscripción indica mi acuerdo para cumplir con estos requisitos de voluntariado o que participaré en la Opción de compra de horas de voluntariado. (\$700 subasta/\$350 misceláneo)

Requisitos para voluntarios de la Escuela Católica Santa Rosa de Lima

Requisitos Volunteer Requirements	Choferes Voluntarios
<ol style="list-style-type: none">1. Lea las Políticas de Ambiente Seguro de la Diócesis de Yakima y acéptelas (Anualmente)2. Completa la clase VIRTUS Safe Environment Entrenimiento (1 vez al año con resúmenes en línea)3. Juramento de confidencialidad (anual)4. Complete una Verificación de Antecedentes Penales (cada 6 años)	<p>Además de los requisitos de voluntariado, los voluntarios adultos (mayores de 21 años) también deben completar lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Hoja de información del conductor (anual)2. Exención de Responsabilidad de Adultos (anual)3. Be Safe-Drive Safe Video y cuestionario de 12 minutos (una vez) https://yakima.cmgconnect.org

He leído la solicitud de inscripción en su totalidad y entiendo mis responsabilidades como padre de St. Rosa. Entiendo que la inscripción de mi hijo no está "completa" hasta que se hayan proporcionado los siguientes documentos:

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Cuota de inscripción | <input type="radio"/> Copia del certificado de nacimiento de estudiante |
| <input type="radio"/> Nota Promisario Firmado | <input type="radio"/> Copia del registro de vacunación del estudiante |
| <input type="radio"/> Formulario de salud del estudiante completado | <input type="radio"/> Copia del certificado de bautismo (si corresponde) |
| <input type="radio"/> FACTS Cuenta creada/actualizada | <input type="radio"/> Firma de Acuerdo de uso de Chromebook/Internet |

Firma de Padre: _____ Fecha: _____



STA ROSA DE LIMA

AUTORIZACIÓN DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN/FOTO 2024-2025

¡¡¡IMPORTANTE!!! Este formulario contiene información sobre dónde y cómo se comparte la foto y nombre de su hijo, su trabajo original y la información. Por favor, lea, firme y regrese a la escuela.

La Escuela Católica Santa Rosa de Lima permite que nuestros estudiantes aparezcan en noticias que pueden incluir imágenes sobre nuestra escuela y temas relacionados. Además, los sitios web de las escuelas se están utilizando como una forma de compartir fotos y las actividades de los estudiantes de nuestra escuela. En varias ocasiones durante el año escolar, se le puede solicitar a su hijo que participe en estas actividades. Si no desea que su hijo participe en todas o algunas de las diversas formas de cobertura de los medios, marque las áreas apropiadas y firme la parte inferior de esta página. Independientemente de su preferencia, complete y devuelva el formulario.

TELEVISIÓN Y PERIÓDICOS: Muchos programas y actividades en nuestra escuela o diócesis pueden generar atención de los medios. Los nombres de los estudiantes y los nombres de los padres pueden incluirse en artículos de periódicos, sitios web de la escuela o sitios de redes sociales. En varias ocasiones, la escuela puede crear folletos para incluir la foto del estudiante sin nombres adjuntos. INTERNET – SITIOS WEB DEL DISTRITO ESCOLAR: La escuela reconoce el valor de publicar en Internet. La escuela permite el acceso a recursos informáticos para la creación y mantenimiento de páginas web basadas en proyectos. Cada aula hace todo lo posible para monitorear las páginas web de los estudiantes, en última instancia, es responsabilidad de cada estudiante crear páginas que sean precisas, confiables y que contengan información adecuada. Aun algunas cuestiones se dejan a discreción de los padres, otras prácticas no son negociables:

- En ningún momento un estudiante debe publicar direcciones o números de teléfono en una página web.
 - Cada estudiante debe mostrar el trabajo original obedeciendo las restricciones de derechos de autor.
- Este contrato estará en un lugar durante la duración de la asistencia de su hijo a esta escuela a menos que se comunique con nosotros por escrito para hacer cambios.

.....
Al inicializar en cada cuadro a continuación, está dando permiso para lo siguiente. Si no desea proporcionar permiso, simplemente deje la casilla en blanco. (Nota: No es nuestra práctica incluir los nombres de los estudiantes en el sitio web de la escuela, comunicados de prensa o publicaciones).

_____ Doy mi permiso para que la imagen de mi hijo/o nombre participe en publicaciones en línea relacionadas con la escuela.

_____ Doy mi permiso para que la imagen de mi hijo/o nombre se comparta en folletos escolares o medios impresos.

_____ Doy mi permiso para que el trabajo escolar de mi hijo se publique en los medios relacionados con la escuela.

_____ Doy mi permiso para que el nombre o las iniciales de mi hijo se divulguen a los agentes de prensa si así lo solicitan, como en un artículo de un periódico local.

NO DOY PERMISO PARA NINGUNO DE LOS ANTERIORES

Nombre de estudiante: _____ Grado: _____

Nombre de estudiante: _____ Grado: _____

Nombre de Padre: _____ Fecha: _____

Firma de Padre: _____



STA ROSA DE LIMA ESCUELA

FORMULARIO DE SALUD ESTUDIANTIL

2024-2025

Esta información se considera confidencial. Para garantizar la salud y la seguridad de su hijo, se compartirá con el personal de la escuela según sea necesario mientras su hijo esté inscrito en la Escuela Católica Saint Rose of Lima, a menos que solicite lo contrario por escrito.

Nombre de Estudiante: _____

Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Niña Niño

Condiciones médicas potencialmente mortales: La ley estatal de WA (según RCW.28A.210.320) requiere una orden de medicación o tratamiento de un Proveedor médico si la condición de salud de su hijo pondrá a su hijo en peligro durante el día escolar. Las órdenes escritas deben ser recibidas por la escuela con un plan de atención y medicamentos **ANTES DE QUE SU HIJO PUEDA ASISTIR A LA ESCUELA.**

¿Su hijo tiene una **AFECCIÓN POTENCIALMENTE MORTAL**? SI NO

En caso afirmativo, especifique la condición: _____

- NO SI ¿Reacción alérgica grave a la picadura de abeja? Por favor, describa la reacción:
¿Anafiláctico? No Si
- NO SI ¿Reacción alérgica *grave* a los **alimentos** o a los **frutos/nueces**? Tipo: _____
¿Anafiláctico? No Si
- NO SI ¿Reacción alérgica *leve* a **alimentos** o **nueces u otros**? Tipo: _____
Por favor, describa la reacción: _____
- NO SI ¿Asma? ¿Su hijo requerirá el manejo del asma durante el horario escolar? No Si
- NO SI ¿Diabetes? Tipo: _____ Autogestión: No Si Inhalador No Si
- NO SI ¿Condición del corazón? Diagnóstico: _____
- NO SI ¿Trastorno hemorrágico? Diagnóstico: _____
- NO SI ¿Convulsiones/trastorno neurológico? Por favor, describa: _____
- NO SI ¿GI/Condición de alimentación? Por favor, describa: _____
- NO SI Bowel/Bladder Condition? Please describe: _____
- NO SI Otros problemas de salud: _____
- NO SI ¿Su hijo tiene alguna otra afección que afecte el rendimiento en el aula o las actividades de educación física? Por favor, describa: _____
- NO SI Preocupaciones Conductuales/Emocionales: _____
- NO SI ¿Discapacidad Visual? Anteojos Lentes de contacto
Fecha del último examen de la vista: _____
- NO SI ¿Discapacidad auditiva? Audifonos Si Fecha de último examen auditivo: _____
- Proveedor Primaria: _____ Fecha del último examen: _____
- Dirección: _____ Numero de Telefono: _____

MEDICAMENTO DIARIOS

La ley estatal requiere la autorización por escrito de un proveedor de atención médica y de los padres antes de que se pueda administrar cualquier medicamento, recetado o de venta libre, en la escuela. Complete el formulario de administración de medicamentos para cualquier medicamento que se administre en la escuela.

Padre/Tutor (Nombre Impreso): _____

Padre/Tutor (Firma): _____ Fecha: _____



STA ROSA DE LIMA ESCUELA

FORMULARIO DE SALUD ESTUDIANTIL

2024-2025

Esta información se considera confidencial. Para garantizar la salud y la seguridad de su hijo, se compartirá con el personal de la escuela según sea necesario mientras su hijo esté inscrito en la Escuela Católica Saint Rose of Lima, a menos que solicite lo contrario por escrito.

Nombre de Estudiante: _____

Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Niña Niño

Condiciones médicas potencialmente mortales: La ley estatal de WA (según RCW.28A.210.320) requiere una orden de medicación o tratamiento de un Proveedor médico si la condición de salud de su hijo pondrá a su hijo en peligro durante el día escolar. Las órdenes escritas deben ser recibidas por la escuela con un plan de atención y medicamentos **ANTES DE QUE SU HIJO PUEDA ASISTIR A LA ESCUELA.**
¿Su hijo tiene una **AFECCIÓN POTENCIALMENTE MORTAL**? SI NO
En caso afirmativo, especifique la condición: _____

- NO SI ¿Reacción alérgica grave a la picadura de abeja? Por favor, describa la reacción:
¿Anafiláctico? No Si
- NO SI ¿Reacción alérgica *grave* a los **alimentos** o a los **frutos/nueces**? Tipo: _____
¿Anafiláctico? No Si
- NO SI ¿Reacción alérgica *leve* a **alimentos** o **nueces u otros**? Tipo: _____
Por favor, describa la reacción: _____
- NO SI ¿Asma? ¿Su hijo requerirá el manejo del asma durante el horario escolar? No Si
- NO SI ¿Diabetes? Tipo: _____ Autogestión: No Si Inhalador No Si
- NO SI ¿Condición del corazón? Diagnóstico: _____
- NO SI ¿Trastorno hemorrágico? Diagnóstico: _____
- NO SI ¿Convulsiones/trastorno neurológico? Por favor, describa: _____
- NO SI ¿GI/Condición de alimentación? Por favor, describa: _____
- NO SI Bowel/Bladder Condition? Please describe: _____
- NO SI Otros problemas de salud: _____
- NO SI ¿Su hijo tiene alguna otra afección que afecte el rendimiento en el aula o las actividades de educación física? Por favor, describa: _____
- NO SI Preocupaciones Conductuales/Emocionales: _____
- NO SI ¿Discapacidad Visual? Anteojos Lentes de contacto
Fecha del último examen de la vista: _____
- NO SI ¿Discapacidad auditiva? Audífonos Si Fecha de último examen auditivo: _____
- Proveedor Primaria: _____ Fecha del último examen: _____
- Dirección: _____ Numero de Telefono: _____

MEDICAMENTO DIARIOS

La ley estatal requiere la autorización por escrito de un proveedor de atención médica y de los padres antes de que se pueda administrar cualquier medicamento, recetado o de venta libre, en la escuela. Complete el formulario de administración de medicamentos para cualquier medicamento que se administre en la escuela.

Padre/Tutor (Nombre Impreso): _____

Padre/Tutor (Firma): _____ Fecha: _____



SANTA ROSA DE LIMA ESCUELA CATOLICA 2024-2025 CALENDARIO DE MATRICULA

Preescolar a 6to Grado	Matricula	5% Descuento si prepagado antes de 6/15/24	11 Pagos Mensuales
1 Estudiante	\$5998	\$5698	\$545.27
Cada Estudiante add'l	\$5698	\$5413	\$518
Preescolar 4 (L, M, V)	\$1725	N/A	\$156.82
Preescolar 3 (M,J)	\$1325	N/A	\$120.45

Cuota de inscripción por Estudiante	Si lo paga antes de Mayo 1 st	Pagado DESPUES de Mayo 1 st
Preescolar-6to Grado	\$125	\$175
Nuevo Estudiante	\$150	\$200

Sta Rosa se esfuerza por hacer posible que cualquier niño asista a nuestra escuela. Ofrecemos oportunidades de becas a través de Fundación Católica de Washington Central y la beca del Padre Kerr. Si está interesado, debe aplicar en <https://online.factsmgt.com/aid>. Por favor, prepárese para crear una cuenta y cargar documentos fiscales.

Por favor, aproveche nuestras tarifas de inscripción anticipada. Su inscripción temprana también ayuda a nuestra escuela a prepararse para el próximo año, ya que el plan de estudios se compra en junio. La mayoría de nuestros profesores trabajan a través del verano para prepararse para el número de estudiantes matriculados.