



PREESCOLAR SAN JUAN EVANGELISTA

COTEJO DE DOCUMENTOS
AÑO ESCOLAR 2024- 2025

Nombre del estudiante _____
APELLIDOS, NOMBRE COMPLETO

Edad para el 1º de agosto ____ años ____ meses

NIVEL: M PP PK K

Hora de salida _____

FAVOR DE LLENAR Y TRAER

- 1. Fotos (traer 1 foto 2 x 2) _____
- 2. Copia tarjeta de plan médico _____
- 3. Solicitud de ingreso o matrícula _____
- 4. Autorización Especiales _____
- 5. Historial médico (*forma provista por la escuela*) _____
- 6. Certificado de inmunización pvac-3 (hoja verde) _____
- 7. Certificado examen oral (Nuevo ingreso y Kinder) _____
- 8. Ley 186 _____
- 9. Estudio Socioeconómico _____
- 10. Compromiso de pago _____
- 11. Autorización para descuento directo/tarjeta(opcional) _____
- 12. Hoja de aceptación del reglamento (www.pesje.org) _____
- 13. Pago de la matrícula _____
- 14. Prueba psicométrica (kindergarten) _____

DOCUMENTOS VITALICIOS

- 15. Certificado de nacimiento _____
- 16. Copia del seguro social _____
- 17. Certificado de bautismo _____

MATRICULA NO ES REEMBOLSABLE NO SE ACEPTAN MATRICULAS INCOMPLETAS

PARA USO INTERNO

Matrícula recibida por _____	Hacer itinerario _____
Entrar en sistema _____	Transacción memorizada _____
Recibo computadora _____	Hoja para cuido _____
Record de pago _____	Procesada por _____



PREESCOLAR SAN JUAN EVANGELISTA

SOLICITUD DE INGRESO
AÑO ESCOLAR 2024-2025

INFORMACION DEL NIÑO/A

Nivel: M PP PK K

Nombre _____ Sexo: M F
Apellidos Nombre Completo

Fecha de Nacimiento _____ Lugar _____ Número SS _____
Mes / Día / Año

¿Con quién vive el niño(a)? _____

¿Cuántos hermanos mayores tiene el niño(a)? _____ ¿Menores? _____

El niño(a) padece de las siguientes enfermedades / Condiciones / Alergias _____

El niño fue bautizado: Sí No Nombre y lugar de la iglesia _____

El niño será buscado a las _____ (AM/PM) Las personas autorizadas a recoger el niño son:

1. _____ Relación _____ Teléfono _____
2. _____ Relación _____ Teléfono _____
3. _____ Relación _____ Teléfono _____

En caso de emergencia (si los padres no puedan ser localizados) llamaremos a:

1. _____ Relación _____ Teléfono _____
2. _____ Relación _____ Teléfono _____
3. _____ Relación _____ Teléfono _____

INFORMACION DE LOS PADRES

Nombre del Padre: _____ Ocupación _____
Apellidos Nombre

Lugar de Empleo: _____ Posición _____

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____

Celular _____ E-mail: _____

Nombre del Madre: _____ Ocupación _____
Apellidos Nombre

Lugar de Empleo: _____ Posición _____

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____

Celular _____ E-mail: _____

Dirección Postal: _____ Zip Code: _____

Dirección Residencial: _____ Zip Code: _____

Los Padres Están: Casados *Divorciados *Separados Legalmente Viudo(a) Otro

*En caso de divorcio o separación legal favor de presentar resolución de custodia.

Matrimonio de los padres: Católico Civil Divorciados Separados

Religión que profesan: Católica Otra _____ Iglesia a la que asisten _____

¿Qué te motivó a seleccionar este preescolar?

La información suministrada es para uso exclusivo del Preescolar San Juan Evangelista y se ha ofrecido voluntariamente. Se me ha informado también que la matrícula no es reembolsable bajo ninguna circunstancia.

Firma del Padre _____ Fecha _____

Firma de la Madre _____ Fecha _____



PREESCOLAR SAN JUAN EVANGELISTA

AUTORIZACIONES ESPECIALES Año Escolar 2024-2025

Nosotros, _____ y _____

padres o encargados de _____ autorizamos a

Preescolar San Juan Evangelista a:

- **MEDICAMENTOS** – Suministrar a nuestro hijo/a el medicamento Benadryl Tylenol Panadol en caso de emergencia. Se me notificará primero y lo autorizare por teléfono.
- **TRANSPORTE DE EMERGENCIA** – Trasladar a nuestro hijo/a a las facilidades hospitalarias más cercanas, en caso de un accidente o indisposición **si la seriedad del caso lo requiere**. Entiendo que el Preescolar debe comunicarse, a la brevedad posible, telefónicamente con los padres o con las personas autorizadas para casos de emergencia mientras yo pueda ser localizado.
- **USO DE FOTOS EN INTERNET** – El preescolar utilizará las fotos de estudiantes en la página de Internet – www.pesje.org o nuestra página de Facebook para fines estrictamente oficiales de la institución y que hayan sido producto de actividades escolares.

Fecha

Firma del Padre, Madre o Encargado



PREESCOLAR SAN JUAN EVANGELISTA

**HISTORIAL MEDICO
AÑO ESCOLAR 2024-2025**

NOMBRE DEL NIÑO/A _____
Apellidos nombre completo

FECHA DE NACIMIENTO _____ **EDAD** _____ **Sexo:** M F
Día/Mes/Año

ENFERMEDADES PADECIDAS POR EL NIÑO/A

- Catarros frecuentes Asma Convulsiones Paperas Sarampión
- Varicelas Diabetes Estreñimiento Hepatitis Sinusitis
- Infecciones de ojos Infecciones de oído

ALERGICO/A (Especifique)

- Medicamentos _____
- Alimentos _____
- Picadas de Insectos _____
- Otros _____

Operaciones y/o accidentes serios: _____

Enfermedad crónica o recurrente: _____

Medicamento que está tomando _____

EXAMEN MEDICO

Cabeza _____ Ojos _____ Oídos _____ Corazón _____ Garganta _____
 Abdomen _____ Extremidades _____ Pulmones _____

CERTIFICADO MEDICO

Nombre del Pediatra _____ Teléfono _____

Dirección _____

Certifico que he examinado a _____ y no he encontrado evidencia de enfermedades contagiosas o condición alguna y que se encuentra en buen estado de salud.

Fecha

Firma del médico y número de Licencia



Preescolar San Juan Evangelista

**HOJA DE ACEPTACIÓN DEL REGLAMENTO
AÑO ESCOLAR 2024-2025**

Disponible para la lectura en nuestra página www.pesje.org

Nosotros _____ y _____
padres o encargados del estudiante _____

hemos leído el Reglamento del Preescolar San Juan Evangelista. Entendemos que al matricularle nos comprometemos a cumplir con todas las disposiciones establecidas en el mismo. Hemos sido orientados referentes a los posibles cambios y enmiendas que periódicamente podría tener dicho documento.

Para que así conste firmo, hoy _____ de _____ de _____ comprometiéndome a cumplir con lo antes expuesto.

Firma del padre

Firma de la madre



PRE-ESCOLAR SAN JUAN EVANGELISTA

2024-2025

COMPROMISO DE PAGO

Yo, _____, padre, madre o encargado del estudiante, _____, me comprometo a pagar todas las mensualidades a tiempo. Estas se pagan por adelantado, en o antes del 5 (cinco) de cada mes. De pagar luego de este día entiendo que se hará un cargo a la cuenta de \$40.00 por familia.

Firma padre, madre o encargado

Fecha

**MATRICULA Y CUOTA NO
SON REEMBOLSABLES**



AUTORIZACIÓN PARA PAGO CON TARJETA DE CREDITO AÑO ESCOLAR 2024-2025

Nombre del estudiante _____ Nivel _____
APELIDOS, NOMBRE

Autorizo al Preescolar San Juan Evangelista a descontar de mi TARJETA DE CREDITO el cargo correspondiente a las mensualidades escolares, cuido extendido. y/o recogidas tarde. Los débitos se efectuarán los días 5 de cada mes. El CARGO RECHAZADO por el banco tendrá un cargo de \$20.00. Toda vez que esto ocurra dos veces, en adelante, perderá el privilegio y deberá hacerlo en efectivo, giro o cheque certificado.

Nombre del padre o encargado _____
(Según aparece en el estado de cuenta)

Número de Tarjeta _____ VISA MC

Vence en _____ CS _____

Esta autorización permanecerá en efecto hasta tanto el Preescolar San Juan Evangelista reciba notificación escrita de mi parte en caso de terminación (con 10 días de anticipación), de tal manera que permita al Preescolar y al Banco un tiempo razonable para hacer los ajustes necesarios.

Firma del cliente _____ Fecha _____

PARA USO INTERNO

E-MAIL _____ CELULAR _____

DIRECCION _____

MENS. _____ TOTAL CANTIDAD A COBRAR _____



Estudio Socioeconómico

Año Escolar 2024-2025

El propósito de este formulario es recopilar la información socioeconómica de las familias, para determinar la elegibilidad de la institución en la solicitud de fondos federales de los Programas Título I-A, Título II-A, E-Rate, entre otros. El Departamento de Educación de PR, a través de la Unidad de Servicios Equitativos para Escuelas Privadas, asigna fondos para ofrecer servicios directos e indirectos a nuestros estudiantes de kínder a duodécimo grado.

Para solicitar estos fondos es requerido ofrecer un resumen socioeconómico que incluya el total de estudiantes de K-12 de nuestra institución. Esta información es manejada de forma confidencial. Agradecemos su colaboración para continuar ofreciendo las mejores alternativas de educación y servicios a nuestros estudiantes.

Favor de completar un formulario por estudiante y en su totalidad:

Nombre del Estudiante: _____

Grado: _____ Edad: _____ Género: _____

Cantidad en estudiantes en la Institución: _____

Composición Familiar: _____ Ingreso Anual Familiar: _____

Nombre del jefe de familia: _____

Firma: _____ Fecha: _____



PRE-ESCOLAR SAN JUAN EVANGELISTA
EXCELENCIA ACADEMICA Y CATOLICIDAD GENUINA

LEY 186 DEL 1 DE SEPTIEMBRE DE 2006
SEGURO SOCIAL

El Seguro Social de los estudiantes siguiendo las normas establecidas en la Ley 186 de 1º de septiembre de 2006, se utilizará sólo para fines de documentos oficiales, expedientes de estudiantes y transcripciones oficiales.

Tendrán acceso a ello el personal administrativo solamente en caso de necesidad para fines de documentos oficiales que evidencien la necesidad del mismo.

Se prohíbe el uso de seguro social como trámite rutinario de la institución.

Este documento pasa a formar parte del reglamento escolar a partir de éste comunicado.

Acepto conforme lo aquí descrito

Fecha