



DOCUMENTOS A ENTREGAR CON LA SOLICITUD DE MATRICULA NUEVA

Nombre del estudiante: _____

Grado: _____

- _____ Solicitud de matrícula (págs. 2-3)
- _____ Retrato 2x2
- _____ Transcripción de crédito oficial (1ro grado a 12mo)
- _____ Certificación o evaluación de pre-escolar
- _____ Certificado de nacimiento (modelo nuevo)
- _____ Certificado de inmunización (forma de vacunas p-vac-3 actualizada, documento original color verde)
- _____ Certificado de examen oral (K - 2do - 4to - 6to - 8vo - 10mo)
- _____ Resultado de prueba de dopaje (estudiantes de 9no a 12mo)
- _____ Carta de recomendación del estudiante de la escuela de procedencia.
- _____ Paquete de documentos entregados:
 - Contrato de responsabilidad financiera
 - Referencias financieras de escuela de procedencia (si aplica))
 - Estudio socio económico
 - Historial médico (completado por el padre o encargado)
 - Autorización para prestar servicios de emergencia
 - Consentimiento para divulgar el número de seguro social para trámites oficiales
 - Entrevista con la directora (estudiantes de 7mo-12mo grado)

Recibido por: _____ Fecha: _____

NOTA: El registrador completara esta hoja cuando los padres entreguen los documentos.



SOLICITUD DE MATRÍCULA

ESTUDIANTES DE NUEVO INGRESO

Año Académico: _____

Fecha de Matrícula _____

Matriculado por: _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Grado que solicita _____

Nombre del Estudiante _____

Fecha de Nacimiento: Mes _____ Día _____ Año _____

Lugar de Nacimiento _____

Edad _____ Sexo _____

Con quién convive el estudiante: ____ ambos padres ____ padre ____ madre ____ Otros

Número de Hermanos en el colegio _____ Grado _____

Escuela de Procedencia _____

Razón de Traslado _____

¿Cómo supo de nuestro colegio? __ Red Social __ Internet __ Referido por un Estudiante
__ Anuncio

Nombre del Madre: _____ Vive: Sí ____ No ____ Escolaridad _____

Estado Civil: ____ Casado ____ Divorciado ____ Separado ____ Viudo ____ Soltero ____

Dirección Residencial: _____

Pueblo: _____ Zip Code: _____

Dirección Postal: _____

Pueblo: _____ Zip Code: _____

Teléfono Res: (____) _____ Celular: (____) _____ Email: _____

Ocupación del Padre: _____ Lugar de Trabajo: _____

Dirección de Trabajo: _____

Pueblo: _____ Zip Code: _____

Teléfono de Trabajo: _____ Ext: _____



Nombre de la Padre: _____ Vive: Sí ___ No ___ Escolaridad _____

Estado Civil: ___ Casado ___ Divorciado ___ Separado ___ Viudo ___ Soltero ___

Dirección Residencial: _____

Pueblo: _____ Zip Code: _____

Dirección Postal: _____

Pueblo: _____ Zip Code: _____

Teléfono Res: () _____ Celular: () _____ Email: _____

Ocupación del Padre: _____ Lugar de Trabajo: _____

Dirección de Trabajo: _____

Pueblo: _____ Zip Code: _____

Teléfono de Trabajo: _____ Ext: _____

Personas a llamar en caso de emergencia

1. _____ Tel. _____ Relación _____
2. _____ Tel. _____ Relación _____
3. _____ Tel. _____ Relación _____

Personas autorizadas a recoger al estudiante

1. _____ Tel. _____ Relación _____
2. _____ Tel. _____ Relación _____
3. _____ Tel. _____ Relación _____

****De haber algún cambio en la información suministrada, me comprometo a informarlo de inmediato a la Registradora.**

Nombre del Padre/ Madre o Encargado

Fecha

Firma



Certificación de Conducta / Carta de Recomendación

(Conduct / Recommendation Certification Letter)

Comportamiento / Conducta
(Behavior / Conduct)

- ☐ Excelente (Excellent)
☐ Buena (Good)
☐ Satisfactorio (Satisfactory)
☐ Pobre (Poor)
☐ Deficiente (Deficient)

Relaciones Interpersonales
(Interpersonal Relations)

- ☐ Excelente (Excellent)
☐ Buena (Good)
☐ Satisfactorio (Satisfactory)
☐ Pobre (Poor)
☐ Deficiente (Deficient)

Tardanza (Tardiness)

- ☐ Nunca (Never)
☐ Pocas (Few)
☐ Ocasionales (Occasional)
☐ Frecuentes (Frequent)

Ausencias (Absences)

- ☐ Nunca (Never)
☐ Pocas (Few)
☐ Ocasionales (Occasional)
☐ Frecuentes (Frequent)

Carácter / Integridad
(Character / Integrity)

- ☐ Confianza en Sí Mismo
☐ Respeto a Compañeros
☐ Impulsivo
☐ Actitudes Negativas
☐ Aceptación por sus Compañeros
☐ Líder

Participación en el Salón de Clases
(Classroom Participation)

- ☐ Cooperador (Cooperator)
☐ Dinámico (Dynamic)
☐ Responsable (Responsible)
☐ Puntual (Punctual)

Trabajo en el Salón de Clases
(Classroom Work)

- ☐ Originalidad/Creatividad (Originality/Creativity)
☐ Participa en Clase Diaria (Daily Class Participation)
☐ Presenta Asignaciones/Trabajos (Presents Assignments/Classwork)
☐ Realiza las Tareas Diarias (Accomplishes Daily Work)

Organizaciones Estudiantiles que Pertenece
(Student Organization They Belong)

Deportes Que Se Destaca
(Sports They Stand Out)

Comentarios Adicionales
(Additional Comments)

Firma Autorizada (Authorized Signature)

Título (Title)



COMPROMISO RESPONSABILIDAD O DEBERES CON EL COLEGIO

Al matricular a nuestro(a) hijo(a) en Saint Monica Bilingual School, aceptamos y adquirimos los siguientes terminos.

___ Los padres somos los principales y primordiales educadores de nuestro(a) hijo(a). De esta manera contribuiremos a fortalecer su dignidad como ser humano y promoveremos su desarrollo integral y sus valores para que sea un agente de cambio positivo en la sociedad.

___ Los padres tenemos un compromiso de participación activa en la misión educativa y formativa de mi hijo por lo cual **asistiremos a reuniones y responderemos a las llamadas del Colegio personalmente cuando se requiera.**

___ Reconozco que el Colegio es una extensión del hogar, con la responsabilidad de continuar la formación moral, personal, social y humana de nuestro(a) hijo(a).

___ **Reconozco que el Reglamento Institucional es un documento oficial de la Institución. Constituye una guía de deberes y responsabilidades en asuntos académicos, disciplinarios y financieros. Por lo cual debo leerlo y explicárselo a mi hijo(a) para acatar las disposiciones del mismo, comprometiéndonos a cumplir fielmente con el mismo.**

___ Reconozco que el Colegio se reserva el derecho de suspender o expulsar a mi hijo(a) por problemas de disciplina o actos que atenten contra la integridad del Colegio o de una persona. Apoyaremos las medidas disciplinarias y correctivas que dictamine el Colegio por el bienestar de nuestro(a) hijo(a).

___ Agotaré todas las alternativas de comunicación que tiene disponible la Institución, antes de levantar querellas o acusaciones en agencias públicas y privadas en contra de la misma.

___ **Respaldaré y participaré con nuestro(a) hijo(a) de las actividades académicas, extracurriculares y pro-recaudación de fondos que celebre el Colegio durante el año escolar por lo cual motivaré a nuestro(s) hijo(s) a participar de las mismas.**

___ Me comprometo a mantener el expediente académico de mi hijo(a) actualizado, con todos los documentos requeridos.

___ Me comprometo a que mi hijo utilice el uniforme escolar completo según corresponde.

___ Me comprometo a que nuestro hijo(a) disponga de la tableta o laptop, libros, licencias y materiales que necesita para su desempeño escolar.

___ Me comprometo a ofrecer ayuda a mi hijo cuando la institución utilice alguna plataforma virtual.

___ Me comprometo a cumplir fielmente con la responsabilidad económica del servicio educativo ofrecido a mi hijo(a) y acepto la decisión que tome la Administración en caso de no cumplir este compromiso.

Este compromiso es válido mientras mi hijo(a) curse estudios en la institución.

Nombre del Padre/ Madre o Encargado

Fecha

Firma



CONTRATO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

AÑO ESCOLAR

El(los) estudiante(s) mencionado(s) a continuación cursará(n) estudios en Saint Monica Bilingual School. Como padre me hago responsable de los costos por los servicios recibidos durante el año escolar.

Nombre: _____ Grado: _____

Nombre: _____

Grado: _____

Nombre: _____ Grado: _____

Certifico haber recibido orientación sobre la responsabilidad económica para este año escolar 2024-2025 y me comprometo a cumplir con los mismos, para recibir los servicios presenciales.

Matrícula	Cantidad Estipulada	Cantidad a pagar	Iniciales	Fecha Límite
Matrícula Individual PPK-12mo	\$800.00			30 de junio
Cuota Mantenimiento	\$50.00			30 de junio
Total				
Mensualidades	Cantidad Estipulada	Cantidad a pagar	Iniciales	Fecha Límite
PK - K	\$ 320.00			Vence el día 10 de cada mes
1ro a Octavo	\$ 320.00			Vence el día 10 de cada mes
Noveno a Duodécimo	\$ 320.00			Vence el día 10 de cada mes
Segundo Hermano	Descuento de \$10.00			Vence el día 10 de cada mes
Tercer Hermano	Descuento de \$20.00			Vence el día 10 de cada mes
Recargo Pago Tardío En Mensualidades	\$25.00			Día 11 de cada mes.
Total				



Cuotas de Graduación				
Kindergarten	\$175.00			1/abril
Octavo Grado	\$200.00			1/abril
Duodécimo Grado	\$250.00			1/abril
Recargo pago tardío de Cuota de Graduación	\$25.00			A partir del 15/ abril
Jean Day / Casual Day	\$40.00			Al año
Pruebas de Aprovechamiento Académico				
Pruebas Externas	Según proveedor			1 de marzo de 2025
Servicios Adicionales				
Estudios Supervisados				Lunes a Jueves
3:00 pm a 5:00 pm	\$125.00			Vence día 10 de cada mes
Un Día	\$10.00			
Horario Extendido				Lunes a Viernes
3:00 pm a 5:00 pm	\$120.00			Vence día 10 de cada mes
Un Día	\$10.00			
Lockers Anual	\$50.00			
Venta Agenda PK -12mo	\$			Se informará en julio 2025
Total				

Aceptado por: _____
Nombre del Padre /Madre o Encargado Fecha Firma



CONTRATO RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Al matricular mi hijo(a) en Saint Monica Bilingual School aceptamos y nos comprometemos con los siguientes compromisos:

1. Pagar diez mensualidades (agosto a mayo) vencen el primero de cada mes, se concede 10 días de gracia para efectuar el pago
2. Pagar la Matricula y Cuotas de acuerdo a las fechas estipulada.
3. Se recomienda los pagos se hagan a través saintmonicabilingualschool.com
4. Efectuar los pagos de Saint Monica Bilingual School. .
5. Recargos:
 - a. Cheques sin fondo pagarán un recargo de \$30.00
 - b. Matricula tendrá un recargo de \$25.00 a partir del 1 de agosto.
 - c. Mensualidades tendrán un recargo de \$25.00 a partir del día 11 de cada mes.
 - d. Las Cuotas tendrán un recargo de \$25.00 luego de la fecha estipulada.

- * El costo de la matrícula es por un (1) año académico. **Si un padre da de baja a su hijo, matriculado en Saint Monica Bilingual School, antes de comenzar el año escolar, no se le devolverá el dinero de la matrícula. Además, si el padre da de baja al estudiante durante el curso escolar será responsable de pagar el costo de las (10) mensualidades del semestre académico en curso, sin distinción de personas. * De tener deudas, la institución se reserva el derecho de suspender el servicio a aquellos estudiantes cuyos padres se retrasen un mes ó más en el pago de las mensualidades y/o cuotas, hasta que cumplan con su compromiso económico. No se le ofrecerán exámenes parciales o de trimestre ni se entregarán notas de estudiantes cuyos padres estén atrasados en sus compromisos económicos.**
- * No se entregarán copias de expedientes, notas, recomendaciones y/o transcripciones de crédito a estudiantes para escuelas, colegios o universidades. No se ofrecerá acceso a los reportes de notas de no estar al día en los pagos correspondientes.
- * Toda deuda debe ser liquidada para que el estudiante participe de los actos de graduación o actividad relacionada con ésta.
- * De tomar la decisión de dar de baja al estudiante en o antes de finalizar el curso escolar me aseguraré de no tener ninguna deuda pendiente de pago y no se entregará documentos oficiales.
- * De tener deuda con la institución autorizo a esta a realizar gestiones de cobro por vía legal y me comprometo a asumir los costos que conlleve las acciones legales correspondientes.

Yo _____ certifico haber recibido y leído el contrato de responsabilidad financiera. Me comprometo a cumplir fielmente con el mismo mientras mi(s) hijo(s) esté(n) en Saint Monica Bilingual School.

Nombre del Padre/ Madre o Encargado

Fecha

Firma

SMBS

Firma

Fecha

Para uso oficial de Saint Monica Bilingual School.

Yo _____ certifico haber recibido copia del contrato de responsabilidad financiera.

Nombre del Padre/ Madre o Encargado

Fecha

Firma



REFERENCIAS FINANCIERAS DE LA ESCUELA DE PROCEDENCIA

1. Nombre del estudiante _____
2. Institución de procedencia _____
3. Número de teléfono _____
4. Tiempo que estuvo matriculado el estudiante en su institución _____
5. ¿La matrícula y cuotas fueron pagadas a tiempo? Sí _____ No _____
6. ¿Las mensualidades fueron pagadas a tiempo? Sí _____ No _____
7. Historial de cheques devueltos _____

Certifica usted que el padre/madre o encargado no tiene deuda en su institución y que cumplió fielmente con su compromiso de pago. Sí _____ No _____

Comentario y/u observaciones:

Nombre de la persona encargada que llenó este formulario:

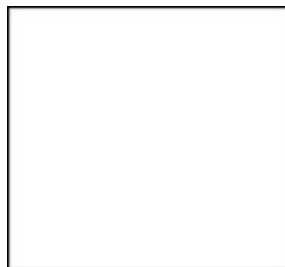
Firma de la persona que llenó este formulario

Fecha

Firma del Director (a) de la Institución.

Fecha

SELLO OFICIAL ESCOLAR





ESTUDIO SOCIOECONOMICO
INFORMACION POR ESTUDIANTE

Información Requerida

Nombre del Estudiante: _____ Grado _____

Sexo: _____ Femenino _____ Masculino Edad _____

1. Indique cuántas personas viven bajo el mismo techo en el que reside el estudiante (incluye al estudiante). _____
2. Marque con una X los ingresos anuales totales de las personas que residen bajo el mismo techo que el estudiante.

_____ \$0 a \$13,590	_____ \$27,751 - \$32,470
_____ \$13,591 - \$18,310	_____ \$32,471 - \$37,190
_____ \$18,311 - \$23,030	_____ \$37,191 – 41,910
_____ \$23,031 – \$27,750	_____ \$41,911 - \$46,630
_____ \$46,631 o más	

Opcional: _____
Nombre Padre/Madre o Encargado Fecha Firma



HISTORIAL MÉDICO

Nombre del Niño(a) _____ Grado _____ Sexo _____

Peso _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

A. Historial Personal del Niño. *Marque si padece de algunas de estas condiciones*

CONDICIONES DE SALUD				
Alergias		Dolor de cabeza frecuentes		Problemas de la piel
Asma o Fatiga		Dolor de estómago frecuente		Problemas de riñones
Autismo		Epilepsia		Problemas estomacales
Cáncer		Hemorroides		Problemas ortopédicos
Catarro frecuente		Mareos		Problemas de visión
Condiciones Cardiacas		Nauseas frecuentes		Problemas específicos de aprendizaje
Diabetes		Problemas auditivos		Otros:
Disturbios Emocionales		Problemas de habla y lenguaje		

B. ¿Toma algún medicamento diario o periódicamente? ¿Cuál? _____

C. Indique si es alérgico algún medicamento, alimento, material, sustancia o insecto? ☐ Sí ☐ No
¿Cuál? _____ Medicamento utilizado _____

D. Dieta Especial: _____

E. Plan de Salud _____ Número Plan de Salud _____

F. ¿Ha sido evaluado por un sicólogo? ☐ Si ☐ No
Diagnóstico (Favor de Presentar copia de Evaluación) _____

NOTA: Si el estudiante se ausenta por enfermedad debe traer el certificado médico al colegio, además el certificado debe establecer que el estudiante está apto para volver a las clases.

***** Este historial debe ser completado por los padres. *****

CERTIFICADO DE INMUNIZACIÓN

Certifico que mi hijo (a) _____ tiene todas las vacunas requeridas por ley al día.
De vencer alguna vacuna durante el año escolar me comprometo a gestionar las mismas antes de cinco (5) días laborables y presentar la evidencia al colegio.

Fecha Vencimiento PVAC-3
Día/Mes/Año

Fecha entrega PVAC-3

Nombre Padre/Madre o Encargado

Fecha

Firma



AUTORIZACIÓN PARA PRESTAR SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA

Por la presente autorizo a la Directora de Saint Monica Bilingual School o su representante autorizado, que en caso de un accidente o enfermedad le provea a mi hijo(a) _____, quien cursa el _____ grado los servicios médicos de emergencia que sean pertinentes mientras este bajo la tutela del Colegio. Autorizo sea transportado/a al Hospital más cercano en ambulancia o vehículo privado. La directora o su representante autorizado, me comunicará a la mayor brevedad lo ocurrido y la acción tomada por la Institución. Como padres/encargados nos haremos responsables de la situación al llegar al lugar. Todo deducible o costo por los servicios ofrecidos en el hospital que no sea cubierto por el Seguro Escolar el padre se hará responsable.

Nombre Padre/Madre o
Encargado

Fecha

Firma

() _____
Teléfono de emergencia



CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR EL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA TRÁMITES EDUCATIVOS OFICIALES

Por este medio autorizo a la Registradora de Saint Monica Bilingual School a divulgar el número de Seguro

Social # _____ - _____ - _____ de mi hijo (a) _____ que cursa el
_____ grado para los siguientes trámites educativos:

- a. Programa de Vacunación del Departamento de Salud de Puerto Rico
(Requerido para el Informe)
- b. Ingreso a Universidades de Puerto Rico y Estados Unidos

CUMPLIMIENTO DE LA LEY 186 DEL 1 DE SEPTIEMBRE DE 2006

LA APROBACION DE LA LEY 186 DEL 1 DE SEPTIEMBRE DE 2006, ESTABLECE LA PROHIBICION DEL USO
DEL NUMERO DE SEGURO SOCIAL COMO IDENTIFICACION
ROUTINARIA EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS PUBLICAS Y PRIVADAS DESDE EL NIVEL
PREESCOLAR HASTA EL POSTGRADUADO. DE IGUAL MANERA, SE ESTABLECEN LAS PROTECCIONES
ESENCIALES PARA GARANTIZAR EL USO LEGITIMO DEL NUMERO DE
SEGURO SOCIAL POR LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS CORRESPONDIENTES A LOS
NIVELES DESCRITOS.

CERTIFICACIÓN CERTIFICADO DE NACIMIENTO

*** Para uso oficial de Saint Monica Bilingual School

Certifico haber recibido personalmente el certificado de nacimiento original del menor de parte del
Padre/Madre cuya información aparece más adelante:

Nombre del Inscrito: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de la Madre: _____

Nombre del Padre: _____

Número de Certificado: _____ *Últimos 8 dígitos

Nombre Padre/Madre o Encargado

Fecha

Firma