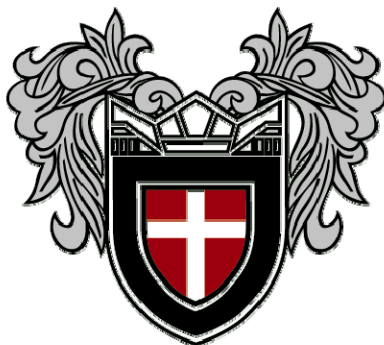


Nombre del estudiante: _____
Apellido Nombre N



BISHOP WARD

HIGH SCHOOL

Paquete de Solicitud 2010-2011

708 N 18th Street
Kansas City, KS 66102
913.371.1201 • www.wardhigh.org



2010-2011 LISTA DE MATRÍCULA

Favor de completar el Paquete de Inscripción y el Paquete Financiero y llevar los ambos a una de Las Noches de Inscripción el miércoles, 24 de Febrero o el jueves, 25 de Febrero, 6-8 p.m. en la escuela Bishop Ward, 708 N. 18th Street, Kansas City, Kansas. Si no puede asistir a una de Las Noches de Inscripción, debe devolverse ambos paquetes a la escuela antes del 1 de Marzo, 2010. Si tiene alguna pregunta, favor de contactar a Laura Nelson, Oficina de Ingreso, al 913-371-6901.

Ingreso a Bishop Ward:

Después de la Noche de Inscripción, los padres recibirán una carta informándoles que el ingreso de su estudiante a Bishop Ward ha sido aprobado. El ingreso es aprobado después de que la Junta de Ingreso haya revisado los records de la escuela anterior que incluyen sus notas y información de su asistencia y su disciplina.

Lo que debe de llevar a La Noche de Inscripción:

- La Solicitud de un Estudiante de Primer Año
- El Paquete Financiero
- La cuota de matrícula (\$100 por estudiante o \$150 por familia)
- Una copia de la primera página de su Formulario Federal de Impuesto de ingresos del año 2009 (Formularios IRS: 1040/1040A/1040EZ que incluye los Schedule C & E) u otra prueba de ingreso (en el paquete financiero hay más detalles) de la persona responsable para los pagos de colegiatura.
- \$42 cheque o giro postal para "Tuition Management Systems" si va a pagar mensualmente.
- Archivos/informes de educación especial del estudiante
- Los records escolares permanentes de su hijo/a en un sobre selados en un sobre de su escuela anterior.
Solo les pido esto a los estudiantes que vienen de una escuela publica.
- Una copia del record de la inmunización de su escuela primaria, médico, o clínica médica.
- Solicitud de Beca completada (si la familia piensa solicitar ayuda), incluyendo ensayo y carta de recomendación



PLAN DE ASOCIACIÓN

Como padre/madre o guardián, entiendo que es muy importante involucrarme con mi hijo/a. Por consiguiente, consiento al siguiente:

- Me esforzaré lo mejor posible a asegurar que mi hijo/a asiste a las clases todos los días del año escolar.
- Le proveeré a mi hijo/a en el hogar un tiempo y un lugar apropiado para estudiar.
- Repasaré y platicaré con mi hijo/a sobre todos los reportes de progreso y reportes de calificaciones.
- Me comunicaré con mi hijo/a y sus maestros, consejeros y otros administradores.
- Alentaré la educación de calidad y el desarrollo de la fe.
- Serviré como modelo positivo en apoyo de cero tolerancia del uso ilegal de alcohol y drogas (a saber, el tomar por menores de edad legal y fiestas sin chaperones adultos). Cero tolerancia quiere decir que a los estudiantes se les imputará la responsabilidad por comportamiento que sea ilegal o que viole las reglas de la conducta de la escuela.

Firma de Padre/Madre/Guardián _____ Fecha _____

Durante el día de orientación en agosto para los estudiantes de primer año, su hijo/a firmará un acuerdo que incluye:

Como estudiante, entiendo que soy una parte importante de mi propio éxito. Por consiguiente, consiento al siguiente durante mi carrera en Bishop Ward:

- Asistiré a las clases.
- Vendré a cada clase con los útiles requeridos.
- Terminaré las tareas lo mejor que pueda cuando me las exijan.
- Haré una cita para juntarme con un profesor fuera de la clase si no entiendo la tarea o si necesito completar una tarea que falta.
- Me portaré dentro de las reglas de la conducta para garantizar que el aprendizaje sea posible para mí y los demás.
- Mostraré la capacidad de tomar decisiones que reflejan la moralidad Católica/Cristiana.
- Adoptaré una postura contraria al uso de tabaco, alcohol, y drogas, y me mantengo fiel a la pauta formulada en el Manual de Estudiantes.

Como profesores, personal, y administración, entendemos que nuestra relación con cada estudiante vale mucho, y luchamos para crear un ambiente seguro que permite la comunicación abierta y beneficiosa entre estudiantes, profesores y padres. Consentimos al siguiente para hacerle beneficioso a cada estudiante la experiencia de estudiar:

- En las aulas, hacemos tareas claras y apropiadas.
- Informamos a los estudiantes sobre las horas en que estamos disponibles para trabajar con ellos fuera de la clase.
- Comunicamos con los padres por medio de reportes de progreso, reportes de calificaciones, llamadas por teléfono, y/u otros medios, cuando vemos una oportunidad de maximizar y sostener el éxito de cada estudiante.
- Hacemos esfuerzos para ganarse a todos los estudiantes.
- Modelamos los valores de la Comunidad Católica.
- Animamos por palabra y acción, el moral y la pauta Católica.
- Adoptamos una postura contraria al uso ilegal de tabaco, alcohol, y drogas, y nos mantenemos fieles a la pauta formulada en el Manual de Estudiantes.

Firma del Director _____



INFORMACIÓN BÁSICA

Favor de usar letras de molde.

Nombre Entero Legal de estudiante: _____
Apellido Nombre N

Fecha de Nacimiento _____ Sexo: Varón Mujer

Dirección: _____
Número/Calle Ciudad Estado Código postal

Parent Emails: _____

Favor de mandar correo/cartas en español. Número de emergencia que habla INGLÉS (_____) _____

El/La Estudiante reside con: Ambos Padres Madre Padre Otro (Pariente o relación) _____

Teléfono del Padre Principal (_____) _____ Teléfono del estudiante: (_____) _____

Nombre de Madre/Tutora _____

Tel. de día (_____) _____ Tipo de Tel: Casa Cell Trabajo Otro: _____

Tel. de noche (_____) _____ Tipo de Tel: Casa Cell Trabajo Otro: _____

Nombre de Padre/Tutor _____

Tel. de día (_____) _____ Tipo de Tel: Casa Cell Trabajo Otro: _____

Tel. de noche (_____) _____ Tipo de Tele: Casa Cell Trabajo Otro: _____

Teléfono de casa: (_____) _____ Teléfono del estudiante: (_____) _____

¿Nos da permiso de hacer público un número de teléfono en el guía telefónico de estudiantes? Sí No

Si nos dio dos número ¿cuál número(s) debe ser en el guía telefónico? _____

¿Hay otros números que la administración debe tener?

Nombre _____ Tel (_____) _____ Tipo de Tel: _____

Nombre _____ Tel (_____) _____ Tipo de Tel: _____

¿Debemos mandar copias de correo al padre/madre que no vive en casa con el/la estudiante? Sí No

Nombre/dirección de este padre/madre: _____
Nombre

Número/Calle Ciudad Estado Código Postal

Religión de el/la estudiante _____ Religión de Padre _____ Religión de Madre _____

Parroquia (si Católico/a) _____ Escuela Anterior _____



INFORMACIÓN DE EMERGENCIAS Y MÉDICA

(Debe ser llenada por los padres)

Nombre de el/la Estudiante: _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado en que Entra _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de la Casa (_____) _____

Nombre del Padre _____ Lugar del Trabajo _____

Teléfono/Trabajo (_____) _____ Ext _____ Celular (_____) _____ Biper (_____) _____

Nombre de la Madre _____ Lugar del Trabajo _____

Teléfono/Trabajo (_____) _____ Ext _____ Celular (_____) _____ Biper (_____) _____

Personas con quienes hablar si a los padres no les podemos contactar:

1. _____ # Trabajo (_____) _____ # Casa(_____) _____ Relación _____

2. _____ # Trabajo (_____) _____ # Casa(_____) _____ Relación _____

Médico de Cabecera _____ Teléfono (_____) _____

Hospital de Preferencia _____

HISTORIA MÉDICA

Las inmunizaciones son requeridas para la matriculación por LEY DEL ESTADO. El/la estudiante no puede asistir a clases sin el archivo actual y completo de las inmunizaciones. Favor de obtener una copia del archivo de su escuela primaria, médico, o clínica medica.

1. ¿Hay una historia de problemas crónicos de salud, como alergias, o cualquier problema emocional o de la conducta que afectaría el estilo de aprender de el/la estudiante? De ser así, favor de dar detalles:

2. ¿Toma el/la estudiante medicamento habitual? Sí No

3. ¿Debe tomar el medicamento durante el día escolar? Sí No

4. ¿Requiere el/la estudiante un asiento especial en el salón de clase por una condición médica? Sí No

5. Heridas o Debilidades Ortopédicas: ¿Tiene su hijo/a una historia de problemas ortopédicos o heridas específicas (pasado o presente) que podrían causar limitaciones o problemas al participar en los deportes/actividades de Educación Física?

Sí No De ser así, favor de dar detalles: _____

6. ¿Le dan Uds. al personal de Bishop Ward el permiso de dar Tylenol si es necesario? Sí No

Yo, _____ el padre/la madre o el guardián de el/la estudiante nombrado arriba, reconozco que como resultado de la participación atlética o otra actividad relacionada con la escuela, tal vez un tratamiento médico de emergencia sea necesario. Además reconozco que tal vez el equipo de la escuela no pueda contactarme por el permiso de dar tratamiento de emergencia. Por la presente, yo consiento por adelantado en tal tratamiento de emergencia, incluso asistencia en hospital, que se juzga necesario bajo las circunstancias ya existentes. También doy permiso para mi hijo/a acompañar al equipo de deportes en los viajes y no le hago a la escuela responsable en el caso de accidente o herida, rumbo a o rumbo de otra escuela, o durante la práctica o una competición inter escolar.

Firma del Padre/Madre/Guardián _____ Fecha _____



ORIGEN ÉTNICO Y RACIAL

El Estado de Kansas requiere que anotemos el origen étnico y racial de nuestros estudiantes.

Nombre del Estudiante _____ Grado _____

Es preciso que Ud. conteste LAS DOS PARTES, es decir A y B

Parte A: Etnicidad/origen Étnico

¿Es Hispánico/Latino este estudiante? *(Marque solo uno)*

- No, no es Hispánico/Latino
- Sí, es Hispánico/Latino (Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano o cualquier otra cultura/origen español, sin importar la raza)

Hispánico es una **etnicidad**, no es una raza. No importa lo que Ud. marcó en la parte superior, Ud. Tiene que **marcar una o más cajas** en la parte inferior para indicar lo que Ud. considera es la raza de su estudiante.

Parte B: Raza

¿Qué es la raza del estudiante? *(Marque una o más selecciones)*

- Indio Americano o Nativo de Alaska** (Una persona de origen de cualquier de los pueblos originales de Norteamérica, Centroamérica, o Sudamérica que mantiene afiliación tribal o socio de comunidad.)

Ej.: Azteca, Maya, Aymara, Kichwa, Lakota, Navajo, etc.

- Asiático** (Una persona de origen de cualquier de los pueblos originales del Extremo Oriente, el Sureste de Asia o el Subcontinente de India.)

Ej.: Cambodia, China, Japón, Corea, Malaysia, Pakistán, Las Islas Filipinas, Tailandia, Vietnam

- Negro o Africano Americano** (Una persona de origen de cualquier de los grupos raciales negros de África.)

- Nativo Hawaiano o Habitantes de las Islas del Pacífico** (Una persona de origen de cualquier de los pueblos originales de Hawái, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico.)

- Blanco** (Una persona de origen de cualquier de los pueblos originales de Europa, del Oriente Medio, o del Norte África.)

Ej.: Francia, Alemania, España, Italia, Egipto, Iraq, Palestina, etc.

Firma de Padre/Tutor

Fecha



RECORD DE ASISTENCIA Y DISCIPLINA

Nombre de estudiante _____ 2010-2011 Grado _____

Escuela anterior _____

RECORD DE ASISTENCIA

Was this student absent more than 13 times this past/last semester? Sí No

If YES, please explain circumstance(s). Example: absences for medical reasons, suspension times, etc.:

Was this student tardy/late to school more than 13 times this past/last semester? Sí No

If YES, please explain circumstance(s). Example: transportation issues, distance to travel, etc.:

RECORD DE DISCIPLINA

Was this student involved in any disciplinary action within the past two years? Sí No

If YES, please list any and all short-term and long-term suspension time(s). Include In-School and Out-School Suspension times and list details of these actions:



INFORMACIÓN DE LA EDUCACIÓN

Nombre de Estudiante _____ 2010-2011 Grado _____

Escuela Actual _____

Favor de dar cualquier requisitos de educación especial que el/la estudiante podría tener abajo.

Si el/la estudiante tiene archivos de educación especial (si su estudiante viene de una escuela pública) favor de pedir copias de sus records. Pedimos nos lleguen en un sobre sellado.

¿Tiene este estudiante unos archivos de educación especial (exámenes, etc..)? Sí No

Examples: IEP, 504, ESL/ELL, SIT, Title 1, Gifted

De ser así, favor de dar detalles: _____

Favor de dar cualquier información adicional que sea útil: _____



2010-2011 FOREIGN LANGUAGE FORM

Nombre del estudiante: _____

¿Qué idioma es hablado en casa más del inglés?

Español*

Otro (Favor de especificar el lenguaje): _____

Indique si el estudiante habla otro idioma más del inglés:

Español*

Otro (Favor de especificar el lenguaje): _____

Indique si el estudiante lee otro idioma más del inglés:

Español*

Otro (Favor de especificar el lenguaje): _____

El/la estudiante puede hablar este lenguaje porque:

El/Ella ha estudiado el lenguaje en escuela:

Nombre de la escuela _____

Nombre de la clase _____ Calificación en clase _____

El/Ella habla el Español en casa y puede escribir el Español con cierta competencia

Otra razón (favor de especificar): _____

Firma de Padre/Madre/Guardiaan

Número de Teléfono de Casa

* Students who can speak and or read Spanish will be given a written and oral Spanish test at enrollment to determine class placement.

OFFICE USE ONLY

Class Recommendation: _____

Faculty Signature: _____

Date: _____

