CHRISTIAN NAZARENE ACADEMY **FORMULARIO DE MATRÍCULA** **2026-2027**

Fam ID: _____ Grado solicitado _____ Nuevo ingreso sí _____ no _____ Re-ingreso _____

FOTO 2X2 RECIENTE

Nombre del estudiante:_____

Género: (_____) M (_____) F Celular **estudiante**: _____

Fecha nacimiento(mes-día-año): _____ Edad: _____

Lugar de nacimiento: _____ Teléfono **residencial**: _____

Madre o Encargada: _____ Ocupación: _____

Lugar de Trabajo: _____ Tel. Trab. _____ Celular: _____ Email: _____

Padre o encargado: _____ Ocupación: _____

Lugar de Trabajo: _____ Tel. Trab. _____ Celular: _____ Email: _____

Dirección **residencial**:	Dirección **postal:**

Persona encargada de la cuenta:

_____

Email del/la encargado/a donde se enviará información de la Academia:

_____

Favor de escribir la información de persona contacto y marcar con (x) para qué está autorizada.

Nombre	Teléfonos	Parentesco	Autorizad@ a recoger estudiante	Llamar en caso de emergencia

*Yo, _____, autorizo ( ) no autorizo ( ) que se puedan tomar fotos o vídeos a mi hijo(a), _____, sólo para fines educativos y divulgación de actividades (boletines, tablón de edictos, promoción, actividad del salón, presentaciones, capillas, página web y redes sociales de la Academia).

Marque si aplica:

___ padre falleció/ ____ madre falleció/ ____ padres divorciados/ ____ padres separados/ ____ adoptado

Si marcó alguna, favor de especificar quién es el **tutor legal** del menor:

_____

Favor de proveer la siguiente información para efectos estadísticos. Marque según se indica.

1. Cantidad de personas que viven en el hogar del estudiante:	2	3	4	5	6	7	Otra cantidad: _____
2. Con quién vive el estudiante:	Mamá y papá	Mamá	Papá	Mamá y padrastro	Papá y madrastra	Abuelos	Otro: _____
3. Asiste a alguna iglesia: sí ____ no ____	Protestante (Especifique) _____	Católica	Testigos de Jehová	Mormones	Judío	Musulmán	Otro: _____
4. ¿Cómo supo de nuestra Academia? (Solo para estudiantes nuevo ingreso)	Internet	Red social	Referido por un amigo	Referido por un estudiante / padre	Referido por un empleado	Anuncio	Otro: _____
5. Mano con la que escribe el estudiante:	Derecha	Izquierda					

Si aplica, indique el **nombre y grado** de hermanos(as) que estarán en la Academia durante el año ***2026-27***.	
Nombre	Grado

ESTUDIANTES NUEVOS:

Escuela de procedencia: _____

Razón de cambio: _____

Referido por: _____ **(nombre del estudiante que refirió)**

FAVOR DE LEER DETENIDAMENTE:

COMPROMISO CON CHRISTIAN NAZARENE ACADEMY

Christian Nazarene Academy es una institución educativa cristiana, por lo cual incluimos en nuestro currículo clases de Vida Cristiana para que todo el estudiantado participe y continuamos reforzando a través de nuestras reflexiones diarias, capillas, retiros, entre otros.

La Administración se esfuerza a diario por ofrecerle a cada estudiante un ambiente seguro, libre de drogas, alcohol, pornografía, "bullying", y otras conductas de riesgo que se encuentran en nuestra sociedad. Aunque no negamos esa realidad social, guiamos a nuestra comunidad escolar hacia vivir una vida conforme a los valores de Jesús en todo momento.

Christian Nazarene Academy requiere la excelencia de parte de toda su facultad, su personal no docente y su estudiantado. Entendemos que todo lo bueno se logra con mucho esfuerzo y disciplina. Por eso, más que la inteligencia, creemos que la clave para una experiencia educativa exitosa es tener una actitud positiva. **Reconocer y obedecer la autoridad es parte importante del crecimiento personal y espiritual. Christian Nazarene Academy es una escuela para estudiantes que estén deseosos por aprender y aplicarlo en su vida diaria y que estén dispuestos a respetar y obedecer las reglas y las autoridades escolares.**

Nuestro manual de normas, disponible en la página web **www.christiannazareneacademy.com,** establece unas guías de lo que se espera de nuestros estudiantes y padres en todo momento. Después de haber leído el "Manual de Normas", me comprometo a respetar y a honrar los principios, actitudes y normas descritas en el mismo. También entiendo y acepto que Christian Nazarene Academy se reserva el derecho a rechazar mi re-admisión o a dar por terminada mi matrícula en cualquier momento si mi trabajo o mi conducta no son consistentes con estos principios y normas.

FIRMA DEL ESTUDIANTE (4to en adelante): _____ FECHA: _____

Como encargado, me comprometo a cooperar con las metas y la filosofía de Christian Nazarene Academy. Impulsaré a mi hijo/hija para que desarrolle buenos hábitos de estudio, una actitud positiva hacia las normas y la autoridad y a que respete los derechos de otras personas y la propiedad ajena. Autorizo a Christian Nazarene Academy a corregir a mi hijo/hija como estime necesario según los estatutos de la Academia. Además me comprometo a cumplir con mi obligación económica hacia Christian Nazarene Academy y cumplir con las normas financieras de la Academia. Entiendo que el incumplimiento de las normas podrá conllevar la cancelación de los servicios.

FIRMA DEL ENCARGADO: _____ FECHA: _____

Al firmar esta solicitud usted acepta haber leído la información expuesta en la Hoja Informativa "Brochure" y otros formularios de matrícula. **El dinero pagado por concepto de matrícula NO ES REEMBOLSABLE NI TRANSFERIBLE. La matrícula deberá estar salda al 31 de mayo 2026.**

**Como parte del proceso de matrícula y según establecido en el manual de normas; los encargados deberán hacer entrega de los siguientes documentos: Formulario de matrícula completado en su totalidad, foto 2x2, certificado médico, certificado dental (solamente grados pares K, 2, 4, 6, 8, 10), hoja verde de vacunas (vigente) y documentación adicional según sea solicitada. Estudiantes de nuevo ingreso: Formulario de matrícula completado en su totalidad, carta de recomendación formato CNA, transcripción de créditos final, foto 2x2, certificado médico, certificado dental (solamente grados pares K, 2, 4, 6, 8, 10), copia del seguro social, copia del certificado de nacimiento, hoja verde de vacunas, prueba psicométrica y documentación adicional según sea solicitada. La matrícula de el/la estudiante queda condicionada a la entrega de los documentos aquí listados los cuales deberán ser entregados antes del 31 de mayo 2026.. De no cumplir con este requisito la matrícula no será procesada.

(los nombre escritos digitalmente serán considerados como la firma)

_____ _____

Firma Encargado(a) **Fecha**

COMPROMISO DE NORMAS

TUITION 2026-2027		OTHER SCHOOL FEES MUST BE PAID WITH TUITION	
1 Student	$755.00	Technology Fee	$20.00 (Per Family)
2 Students	$1,360.00	Spiritual Retreat (Essential part of Bible class. Not optional)	$40.00 (Per student) Grades- 4th-12th
3 Students	$1,836.00	Standardized Test	$35.00 (Per student) (Kinder - 11th)
		Graduation Fees (Due on April 29 2026)	K- $145.00 6th- $150.00 9th - $180.00 12th- $220.00
		Afterschool Programs	
		Supervised Studies - $180.00 (3:00 - 6:00)	
		Childcare Services - $115.00 (3:00 - 6:00)	

YEARLY EDUCATION FEES		
Grade	Yearly Cost	Division in 10 Installments
PK - 12mo	$3,650.00	$365.00

*Yearly education fees paid in full before August 15 will be granted 3.5% discount. Yealy education fees paid for the first or second semester before August 15 or January 15 will be granted a 2% discount. **Family discount on installments: $15.00 on the second student, $20.00 on the third student. **Tuition fees and other school fees are NON-REFUNDABLE. **Students that take class in air conditioned classrooms will be charrged a monthly fee of $5.00

• Los **estudiantes activos** que no se matriculen en la fecha pautada estarán sujetos a disponibilidad de espacio. El colegio no garantiza, ni se responsabiliza en reservar matrícula para el próximo curso escolar 2026-2027 en caso de que su hijo(a) no cumpla con los requerimientos o normas académicas, disciplinarias y/o el pago de las cuotas establecidas por la Institución.

• El pago en plazos se efectuará en o antes del 5 de cada mes, luego de esta fecha tendrá un recargo de **$15**. Los pagos de horario extendido se efectuarán en o antes del día 15, luego de esta fecha tendrá un recargo de **$15**. Los pagos se efectuarán en la Oficina Administrativa en el horario de 8:00am a 2:30pm, utilizando los siguientes métodos: efectivo, cheque, giro, ATH, VISA, Discover y Mastercard. En los meses de diciembre y mayo no se aceptarán cheques. También puede efectuar sus pagos por internet en la página web www.christiannazareneacademy.com o llenando la hoja – Débito directo.

• Ningún estudiante podrá tomar exámenes, recibir notas, diplomas, transcripciones de crédito o participar en ejercicios de graduación hasta que los compromisos económicos contraídos hayan sido pagados en su totalidad. **Tener dos meses en atraso conlleva la suspensión del estudiante hasta que se pague la deuda correspondiente.**

• No se podrá eximir a ningún estudiante de tomar las evaluaciones finales en las fechas pautadas como cierres de trimestre (ver calendario del año). No se autorizan viajes o salidas en dichas fechas.

• La Academia es una institución que ofrece servicios educativos dentro de un sistema tradicional, corriente regular con acomodo razonable limitado. La institución cuenta con profesionales especializados para trabajar estudiantes en la corriente regular. La Academia no cuenta con salón recurso.

• El firmar el formulario de matrícula y efectuar el pago de las cuotas requeridas es solamente una aceptación provisional de su hijo(a). La decisión final dependerá de las notas finales y comportamiento (estudiantes activos) y la documentación y requisitos de admisión (estudiantes nuevos). **Con la firma de este documento usted se compromete a seguir las normas establecidas en este documento y en el Manual Informativo a Padres y Estudiantes y Política de Uso Aceptable de Seguridad (Revisado 2025), disponible a solicitud y en el portal de FACTS.**

_____	_____	_____
Nombre del estudiante(a)	**Firma del encargado**	**Fecha**

HISTORIAL DE SALUD

NOMBRE ESTUDIANTE: _____ FECHA: _____

GRADO: _____

FAVOR DE HACER UNA MARCA DE COTEJO (✓) EN LAS CONDICIONES DE SALUD QUE PRESENTA ACTUALMENTE SU HIJO(A).

A. **VISIÓN**

(____) Usa espejuelos o lentes de contacto

(____) Otra condición

(____) Estrabismo (ojo bizco)

(____) Catarata

(____) Otro

Especifique: _____

Tratamiento (____) SI (____) NO

B. **AUDICIÓN**

(____) Usa audífonos

(____) 1 audífono (____) 2 audífonos

(____) Otra condición

Especifique: _____

Tratamiento (____) SI (____) NO

C. **NARIZ Y GARGANTA**

(____) Amígdalas y adenoides

(____) Otra condición

Especifique: _____

Tratamiento (____) SI (____) NO

D. **VÍAS RESPIRATORIAS**

(____) Asma

(____) Otra condición

Especifique: _____

Tratamiento (____) SI (____)NO

E. DERMATOLÓGICAS (ENFERMEDAD DE LA PIEL)

(____) Soriasis

(____) Hongo

(____) Otras condiciones

Especifique: _____

Tratamiento (____) SI (____) NO

F. **DENTAL**

(____) Caries

(____) Sangrado de encías

(____) Otros

Especifique: _____

Tratamiento (____) SI (____) NO

G. **PROBLEMAS DEL HABLA (ESPECIFIQUE)**

_____

Tratamiento (____) SI (____) NO

H. **ORTOPEDIAS (ESPECIFIQUE)**

_____

Tratamiento (____) SI (____) NO

I. **EMOCIONALES**

(____) Depresión

(____) Agresividad excesiva

(____) Otras condiciones

Especifique: _____

Tratamiento (____) SI (____) NO

J. **EPILEPSIA**

(____) SI (____) NO

Tratamiento (____) SI (____) NO

Medicamento: _____

K. **DIABETES**

(____) Dependiente a Insulina

(____) Hipoglicémico (Niveles azúcar baja)

(____) No utiliza el comedor escolar

(____) Dieta especial en el comedor

Tratamiento (____) SI (____) NO

L. **Recibe alguna terapia** (____) SI (____) NO

Especifique: _____

M. **Alérgias**

(____) SI (____) NO

¿A qué es alérgico?_____

N. **Evaluaciones realizadas**

___ **Psicométrica** (____) SI (____) NO

Fecha:_____

___ **Psicoeducativa (_____)** SI (____) NO

Fecha:_____

___ **Auditiva** (____) SI (____)NO

Fecha:_____

___ **Vista** (____) SI (____)NO

Fecha:_____

___ **Otro** (especifique): _____

Fecha: _____

N. **MANO CON LA QUE ESCRIBE**

_____ Derecha

_____ Izquierda

O. **OTRAS CONDICIONES**

(____) Corazón (____) Artritis

(____) Renal (____) Alergias

(____)

P. **Problemas específicos de aprendizaje**

Trastornos por déficit de atención

(____) Tipo predominante inatento

(____) Tipo predominante hiperactivo/impulsivo

(____) Tipo combinado

Impedimentos conductuales

(____) Trastorno obsesivo/compulsivo

(____) Trastorno obsesivo/compulsivo

(____) Oposicional desafiante

(____) Autismo

(____) Síndrome Asperger

Impedimentos sensoriales

(____) Problemas visuales

(____) Problemas sensoriales

Otros Especifique: _____

Tratamiento (____) SI (____) NO

¿Cuál? _____

_____

NOTA:

Al momento de llenar la solicitud el encargado deberá marcar en la solicitud el diagnóstico. Si algún encargado oculta información, SE DENEGARÁ O CANCELARÁ LA MATRÍCULA.

Esta información es confidencial y será utilizada por la Academia para tomar las medidas necesarias en caso de que el/la estudiante presente alguna condición que afecte el proceso enseñanza aprendizaje. De ser necesario La Academia podrá referir a los estudiantes a algún profesional de la salud. Si usted marcó alguna de estas condiciones, deberá llenar el formulario: "Programa de Asistencia al Estudiante".

Si el/la estudiante padece alguna condición particular que le requiera llevar una dieta especial y/o tomar alimentos en otros periodos a los establecidos por la Academia deberá presentar evidencia médica.

_____ _____

Firma: Padre, Madre, Tutor o Encargado Fecha

PROTOCOLO DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA

Funciones Generales del/ la Enfermero/a:

a) Atender a los alumnos que sufren algún accidente o malestar.

b) Proceder con los/as estudiantes a clínica u hospital en caso de urgencia o enfermedad grave, siempre con el aviso previo a los padres o tutores.

c) Administrar analgésicos y otros medicamentos, sólo si están autorizados por los padres o tutores legales. Para ello solicitamos a los padres que firmen **Autorización para la administración de medicamentos** en la escuela. Siempre que sea posible, se consultará previamente (vía telefónica) con los padres.

d) Administrar tratamientos crónicos con previa entrevista con la madre/padre del alumno/a.

e) Orientaciones o entrevistas con los padres para intercambio de información y resolución de dudas sobre temas de salud escolar.

f) Educación para la salud. Charlas dirigidas a todos los ciclos y adaptadas a las distintas edades de los escolares.

NORMAS PARA ADMINISTRAR MEDICACIÓN PAUTADA

Esta normativa intenta garantizar la seguridad de sus hijos/as y conseguir que los tratamientos pautados se lleven a cabo evitando errores de medicación y ausentismo escolar.

a) Enfermedad crónica- que precisa o puede precisar tratamiento durante el horario escolar: diabetes, asma, epilepsia, alergias, etc. Los padres deben establecer una entrevista con el/la enfermero/a y someter informe médico.

b) Enfermedad aguda- que precisa, durante unos días, la administración de antibióticos, antiinflamatorios, inhaladores o cualquier tratamiento pautado por un médico. Es obligatorio que los padres o un adulto responsable entreguen en la enfermería o hagan llegar a la enfermería lo siguiente:

- Completar en todas sus partes la hoja- Autorización de los encargados para el suministro de medicamentos
- La medicación en su envase original.

c) Enfermedad Común- En el caso de vómitos, diarrea, fiebre, procesos gripales y catarrales, otitis, dolor abdominal: se hará una valoración inicial por el/la enfermero/a. Dependiendo del resultado de la misma, se procederá a comunicarse son los encargados para que recojan al alumno. En el caso de cefaleas, dolores menstruales y pequeños malestares, si el alumno está autorizado para tomar medicación se le brindará la misma. De no tener autorización se podrá obtener una por medio telefónico para poder recibir medicación en la enfermería y volver a clase. Se observará la evolución del alumno/a, y, si no hay mejoría, se contactará con los encargados de nuevo para que pasen a recogerlo.

d) Accidente Leve- Los pequeños accidentes, rasguños, rozaduras, serán atendidos en la Enfermería sin ningún trámite de por medio.

e) Accidente Moderado- Si se requiere atención médica pero admite cierta demora, como en el caso de golpes, esguinces que requieren valoración radiológica o heridas que precisan sutura, se realizarán los primeros cuidados en la Enfermería Escolar y se avisará a los padres para que trasladen al alumno hasta el centro de salud de su elección. En caso de no localizar a los padres o tutores el traslado se hará por personal de la Academia, a la clínica de salud más cercana o la que sea indicada por el personal de emergencias médicas.

f) Accidente Grave- Ante una emergencia vital en la que se requiere atención médica sin demora, como un paro cardiorrespiratorio, fracturas abiertas, crisis de asma severa, reacción alérgica grave, de forma simultánea se realizarán las siguientes tareas:

- Se comunicará con el servicio de emergencias para que envíen una ambulancia.
- Se realizarán los primeros auxilios y se administrará la medicación prescrita (siempre y cuando esté autorizado por los padres o tutores).
- Se contactará a los padres o tutores para informar de lo ocurrido y el centro al que va a ser trasladado para que ellos acudan al mismo a la brevedad posible. En todo momento una persona de la escuela acompañará al alumno hasta que lleguen los padres.

CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS

Yo _____ padre/madre/tutor legal del alumno _____ del grupo _____ certifico haber leído el Protocolo de Acción de la Enfermera Escolar por lo cual ( ) autorizo ( ) no autorizo a que se lleve a cabo con mi hijo el protocolo de enfermería establecido por Christian Nazarene Academy. Autorizo ( ) no autorizo ( ) el suministro de acetaminophen (tylenol) y/o ibuprofen (advil).

_____ _____

Firma del encargado/a Fecha

Autorización de los encargados para el suministro de medicamentos

OJO- (Esta parte deberá ser completada en la matrícula, si el estudiante toma algún medicamento de mantenimiento, de lo contrario no deberá llenarlo.)

Nombre del estudiante _____ Grado _____

Como padre/madre/encargado del estudiante mencionado arriba, solicito que la enfermera escolar de la escuela o la persona que se designe suministre en la escuela a mi niño(a) el medicamento(s) descrito a continuación:

Medicamento	Dosis	Hora	Expiración del medicamento

Nombre del médico _____ Teléfono _____

El personal escolar no puede ser considerado legalmente responsable por cualquier reacción o efectos secundarios resultantes por la administración del medicamento(s). El personal escolar podrá contactar al médico si existiese alguna pregunta o preocupación sobre el medicamento(s). **He leído las directrices adjuntas y estoy de acuerdo en cumplirlas.**

Por favor, indique otros medicamentos que su hijo(a) tome en la casa (incluyendo la dosis y los horarios)

_____ _____ _____

_____ _____ _____

Firma del padre/madre/encargado Tel. Celular Teléfono trabajo

PROTOCOLO DE RECOGIDO Y SALIDA DE ESTUDIANTES

El manual de la institución establece lo siguiente con relación a la salida de los estudiantes:

Ls estudiantes de *Pk a 6to* permanecerán dentro de la institución hasta que sean recogidos. La persona que recoja a los estudiantes de PK a 6to, deberá ser un adulto.

***7mo en adelante*, podrán salir solos de la institución a partir de las 12:30, 2:50, o según el horario especial, sólo si el/la encargado/a autoriza la salida en este documento. Estudiantes de 12mo no podrán permanecer en el plantel escolar luego de su horario estipulado de salida. La Academia no se hace responsable de estudiantes, que se queden por los alrededores y no pertenezcan a algún programa que esté bajo la supervisión de la Academia. Los estudiantes de 7mo en adelante no podrán remover estudiantes de PK a 6to para dejarlos por los alrededores de la Academia. Solo podrán sacarlos de la Academia si existe una carta en el expediente en la que el encargado autorice la salida y libere a la Academia de toda responsabilidad."**

Autorización de salida- Para estudiantes de 7mo en adelante: Yo, _____, autorizo ____ no autorizo ____ a que mis hijos/as salgan solos/as del plantel escolar a la hora de salida.

HIJO(S)	GRADO(S)

Firma: _____ Fecha: _____