FORMULARIO DE INGRESO AL PROGRAMA DE ESTUDIOS SUPERVISADOS

SUPERVISED STUDY PROGRAM ENTRY FORM

2026-2027

(Favor de llenar en letra de molde)
(Please fill in print)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____
Student Name:

DIRECCIÓN RESIDENCIAL: _____
Home address:

TELÉFONO DONDE SE PUEDA CONTACTAR DE 2:30 PM A 5:30 PM: _____
Phone where can be contacted from 2:30 pm to 5:30 pm:

PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER EL ESTUDIANTE:
Persons authorized to pick up the student:

NOMBRE (Name)	TELÉFONO (Phone)	PARENTESCO (Relationship)

PERSONAS CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:
Contact in case of emergency

NOMBRE (Name)	TELÉFONO (Phone)	PARENTESCO (Relationship)

HORARIO: 2:30 PM – 5:30 PM

NOTA IMPORTANTE: El costo del programa es **$175.00** mensuales, los pagos deben ser realizados en o antes del día 5 de cada mes. Los pagos no son reembolsables. Habrá un cargo de $15.00 por cada 15 minutos que el estudiante se recoja después de las 5:30 PM. Debe firmar la hoja de asistencia cuando recoja el estudiante. **Ningún estudiante que adeude un mes podrá permanecer en el horario de Estudio Supervisado**. Será responsabilidad de los padres o encargados recoger el estudiante a la hora de salida.

IMPORTANT NOTE: The cost of the program is $175.00 per month; payments must be made on or before the 5th of each month. Payments are non-refundable. There will be a $15.00 charge for every 15 minutes the student picks up after 5:30 PM. You must sign the attendance sheet when you pick up the student. No student who owes a month will be able to remain in the Supervised Study schedule. It will be the responsibility of the parents or guardians to pick up the student at dismissal time.

_____ _____
Firma del Encargado — Fecha
Signature of the student's guardian — Date

Para uso exclusivo de la oficina de Tesorería
For exclusive use of the Treasury office

Fecha matriculado: _____ Pago mensual: _____ #cuenta ASJ: _____
Enrollment date: Monthly payment: ASJ account number: