



ACADEMIA SAN JORGE

Providing a Catholic Education since 1925

Accredited by: The Middle States Association of Colleges & Schools • The General Council of Education • Affiliated with the Sup. of Catholic Schools of San Juan

FORMULARIO DE RE-MATRÍCULA 2024-2025

**2 Fotos
recientes
(2 X 2)**

No se aceptarán
matrículas sin las fotos

NÚM. DE CUENTA ASJ _____

PROGRAMA: Regular Centro
 A AP CP LP

FECHA: _____

MARCAR EL GRADO QUE CURSARÁ: PK K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Escribir en letra de molde la INFORMACIÓN COMPLETA DEL ESTUDIANTE en los espacios provistos:

Apellido Paterno		Apellido Materno		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Fecha Nacimiento (mes-día-año):				Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Últimos cuatro dígitos de Seguro Social: xxx-xx-	
Ciudadanía: <input type="checkbox"/> Americana <input type="checkbox"/> _____		Religión:			Parroquia:		
Dirección Postal:				Teléfono Residencial:			
Ciudad:				Dirección Residencial:(Si es diferente a la POSTAL)			
Código postal:							
¿Tiene el estudiante alguna condición médica? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuál?							
¿Quién tiene la custodia del estudiante? (Marque todos los que correspondan) Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> _____				Persona responsable de los pagos a la Institución (Marque uno solo) Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> _____			

INFORMACIÓN DE LOS PADRES O ENCARGADOS:

Nombre completo del Encargado 1:		Ocupación/Posición:		
Dónde Trabaja:		Tel. Trabajo:	Ext.:	
E-mail:	Relación con estudiante:	Tel. Celular:		
Nombre completo de la Encargado 2:		Ocupación/Posición:		
Dónde Trabaja:		Tel. Trabajo:	Ext.:	
E-mail:	Relación con estudiante:	Tel. Celular:		
Estado Matrimonial de los Padres: <input type="checkbox"/> -Casados <input type="checkbox"/> -Divorciados <input type="checkbox"/> -Separados Legalmente <input type="checkbox"/> -Viudo(a) <input type="checkbox"/> -Otro: _____				
En caso de DIVORCIO O SEPARACIÓN LEGAL durante el año anterior, favor de presentar una Resolución de Custodia.				
ENUMERE LOS HERMANOS QUE ENTRAN O QUE ESTÁN MATRICULADOS EN LA INSTITUCIÓN PARA EL AÑO ACADEMICO EN CURSO			Marque PROGRAMA	
NOMBRE COMPLETO (Incluir apellidos)		GRADO	REGULAR	PMA
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA: (Personas que se puedan llamar en caso de EMERGENCIA que **NO** sean los padres)

1 ^{er} . Nombre:		Relación con el estudiante:	
Tel. Residencial:	Tel. Trabajo:	Tel. Celular:	
2 ^{do} Nombre:		Relación con el estudiante:	
Tel. Residencial:	Tel. Trabajo:	Tel. Celular:	

INFORMACIÓN DE PERSONA AUTORIZADA DE RECOGER AL ESTUDIANTE:

1 ^{er} . Nombre:		Relación con el estudiante:
Tel. Residencial:	Tel. Trabajo:	Tel. Celular:

2 ^{do} . Nombre:		Relación con el estudiante:
Tel. Residencial:	Tel. Trabajo:	Tel. Celular:

INFORMACIÓN DE PERSONA RESPONSABLE DE PAGAR:

Nombre completo de la persona responsable de los pagos:		
Relación con el estudiante:		Teléfono Residencial:
Dirección Postal de facturación:		Dirección Residencial:(Si es diferente a la POSTAL)
Ciudad:	Código postal:	
Tel. Trabajo:	Tel. Celular:	Teléfono:
E-mail:		

SI EL ESTUDIANTE NO VIVE CON LOS PADRES, FAVOR DE LLENAR LO SIGUIENTE:

Nombre completo de tutor o encargado legal:		
Relación con el estudiante:		Teléfono Residencial:
Dirección Postal:		Dirección Residencial: (Si es diferente a la POSTAL)
Ciudad:	Código postal	
Tel. Trabajo:	Tel. Celular:	Teléfono:
E-mail:		

1. Autorizo (Autorizamos) a la Academia a trasladar a nuestro hijo(a) anteriormente mencionado(a) a facilidades hospitalarias si sufriese un accidente o indisposición si la aparente seriedad del caso lo requiere. Entiendo (Entendemos) que los padres son los únicos autorizados para que las facilidades hospitalarias puedan prestar servicios médicos a menores. Entiendo (Entendemos) que la Academia tratará de comunicarse telefónicamente a la brevedad posible sobre cualquier emergencia médica que afecte a nuestro hijo(a). Entiendo (Entendemos) la importancia de llenar este formulario con la información correcta ya que es el medio que la Academia tiene para comunicarse con los padres y otras personas responsables en caso de emergencia.

2. Cualquier discrepancia en la veracidad de la información provista podrá invalidar el proceso de matrícula. Entiendo (Entendemos) que al firmar este documento estoy (estamos) de acuerdo con los reglamentos y estipulaciones disciplinarias, académicas y administrativas por las que se rige la Academia.

3. Acepto que el pago de matrícula, re-matrícula y cuotas se utiliza para reservar el asiento por lo que, si posteriormente decido no enviar al estudiante a la Academia, la escuela retendrá el **100%** de la matrícula y solo devolverá el **20%** de las cuotas a solicitud de la parte interesada si es que se reclama dentro de los primeros **30 días** de haber efectuado cualquier pago.

4. **Pago por servicios educativos:** Me obligo a pagar **la(s) cuota(s) y la matrícula en las fechas indicadas**. Me obligo a pagar las mensualidades durante los primeros 15 días de cada mes. Ver Manual de Normas del Estudiante para recargos. Entiendo que la Academia suspenderá los servicios educativos en cualquier momento luego de incumplir con lo aquí dispuesto.

5. La Institución podrá llevar perros adiestrados para detectar posesión de drogas o sustancias controladas y solicitar pruebas de dopaje como parte de su política de Cero Tolerancia de Drogas.

6. La relación contractual entre el padre, madre o encargado del estudiante, el estudiante y la Institución que se establece por virtud de esta matrícula, termina el 31 de mayo de 2025, a no ser que se disponga otra cosa o el estudiante haya sido expulsado durante el curso escolar.

7. La matrícula aquí pagada **no obliga a la Institución a rematricular** al estudiante en el siguiente curso escolar.

Firma del Padre o Encargado

Firma de la Madre o Encargada

Fecha

PARA USO EXCLUSIVO DE LA INSTITUCIÓN

Fecha Matrícula: _____	Cantidad de Matrícula: \$ _____	No. de Recibo: _____	A <input type="checkbox"/>	AP <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> -Efectivo <input type="checkbox"/> -Giro /Ck. Cert. <input type="checkbox"/> -ATH <input type="checkbox"/> -Visa <input type="checkbox"/> -MC. <input type="checkbox"/> -AMEX <input type="checkbox"/> -PayPal			LP <input type="checkbox"/>	CP <input type="checkbox"/>
Firma de persona que recibe la matrícula: _____				

Cuota de nuevo ingreso: \$ 0.00

Mensualidad: \$ _____

Cuotas especiales: \$ _____

Fecha procesado: _____	Firma de persona que procesa: _____
------------------------	-------------------------------------

Observaciones/Comentarios:
Firma de Principal/ VicePrincipal: _____



ACADEMIA SAN JORGE

Providing a Catholic Education since 1925

Accredited by: The Middle States Association of Colleges & Schools • The General Council of Education • Affiliated with the Sup. of Catholic Schools of San Juan

CONSENTIMIENTO USO DE FOTOGRAFÍAS Año escolar 2024-2025

Yo _____, padre madre encargado): _____ autorizo, _____ no autorizo a la Institución a publicar las fotos y/o imágenes del estudiante _____ del grado _____ en su material promocional o cualquier medio escrito, visual o digital, incluyendo la internet y/o electrónico siempre y cuando sea para fines oficiales de la Institución, y que hayan sido producto de actividades escolares. Esta autorización incluye el uso, impresión, reimpresión y préstamos de dichas fotografías en todo o en parte, individualmente o en conjunción con otras fotografías, imágenes, artículos e información.

Con la firma de esta autorización relevo a la Institución de toda responsabilidad que pueda seguir como consecuencia del uso y publicación de dichas fotos.

Y para que conste, firmo el presente relevo, libre y voluntariamente, en pleno conocimiento de su contenido.

En _____, Puerto Rico el ____ de _____ de 2024.

Nombre

Firma

Tel. (787)722-3182 • (787) 721-6878 Fax (787) 725-4580 • www.academiasanjorge.com

1701 Colón Street • San Juan • PR • 00911-2074



**RECIBO DE MANUAL DE NORMAS DEL ESTUDIANTES
(Revisado en el 2019)**

Yo, _____ padre, madre o encargado del estudiante
_____, del grado _____ certifico haber recibido el Reglamento de
Estudiantes: **MANUAL DE NORMAS DEL ESTUDIANTES (Revisado en el 2019)**. Cualquier cambio al
Reglamento se notificará por escrito.

Soy consciente de la política de la Institución de **Cero Tolerancia a las Drogas** por lo que me doy por
notificado que la Institución podrá revisar cualquier artículo o propiedad del estudiante. También, la
Institución podrá optar por utilizar perros adiestrados para detectar o encontrar drogas o sustancias
controladas. De ser necesario se le solicitara pruebas de dopaje en un laboratorio asignado por la institución.

Firma del padre, madre o encargado(a)

Fecha

Firma Principal / Viceprincipal

SELLO DEL COLEGIO