



## CONTRATO DE ADMISIÓN AÑO ESCOLAR 2023-2024

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

- 1) Entiendo que, como padre o tutor, las tarifas de admisión no son reembolsables, independientemente de las circunstancias. \_\_\_\_\_ iniciales  
**(\$650.00 tarifa de admisión, \$50.00 adicional por estudiante nuevo ingreso y \$150.00 tarifa de construcción)**
- 2) Entiendo que al inscribir a mi hijo en esta institución acepté un contrato por diez meses y se me cobrará de acuerdo con lo siguiente:
  - A) Pre-Pre a 12mo grado **\$280.00**
  - B) Programa de cuidado de niños después de la escuela **\$100.00** (lea y firme el contrato adicional para este servicio).
  - C) Cuota de graduación para estudiantes de jardín de infantes, sexto, noveno grado **\$200.00** y duodécimo grado **\$250.00**. (**Esta cuota vence en diciembre de 2023**).
- 3) Me han ofrecido tres (3) planes de pago, de los cuales elijo:  
\_\_\_\_\_ Mensual \_\_\_\_\_ Per Semestre (2% de descuento) \_\_\_\_\_ Anualmente (5% de descuento) \*  
**\*Descuentos, aplican solo a pagos en efectivo o cheque.**
- 4) Entiendo que todas las matrículas deben pagarse en su totalidad. Esto es vinculante e incluye actos de la naturaleza o cualquier otro evento que pueda ocurrir durante el año escolar.
- 5) Todos los pagos mensuales vencen el 1 de cada mes, a partir del 1 de agosto. Entiendo que, si el pago se realiza después del 16, se me cobrará un recargo de \$ 20.00. Se cobrarán \$ 10.00 adicional si el pago se recibe después del último día del mes actual. Cualquier cheque devuelto por el banco tendrá un cargo adicional de \$ 25.00 por procesamiento.
- 6) Si la cuenta del estudiante está vencida por 60 días o más, la escuela tiene el derecho de suspender al estudiante. Si la cuenta se remite a un abogado para cobro, acepto pagar todos los gastos legales.
- 7) Si retiré al estudiante de la escuela, entiendo que cualquier material que se traiga a clase, como crayones, marcadores; El papel, etc., no será devuelto ya que es para uso colectivo.
- 8) Entiendo que las calificaciones y el archivo del estudiante se retendrán si hay un saldo pendiente.
- 9) El último viernes de cada mes, no se impartirán clases. Este día se utilizará para capacitar al personal docente o cualquier otra labor relacionada. Este día puede ser intercambiado con previo aviso.
- 10) Esta Institución recibirá los siguientes pagos:
  - A) Cheque personal (la Institución se reserva el derecho de rechazar cualquier cheque que haya sido previamente devuelto por falta de fondos)
  - B) Tarjetas de crédito: VISA o Máster Card.
  - C) Cheque del Gerente
  - D) Giro Postal
  - E) Efectivo
- 11) Acepto que soy responsable por cualquier daño causado a la propiedad, la estructura o el equipo escolar, y también soy responsable por cualquier agresión física o verbal a cualquier miembro del personal docente, no docente o compañeros de estudios por parte de mi hijo.
- 12) Entiendo que mi hijo tiene que seguir las Reglas y Regulaciones establecidas por la escuela. Si mi hijo violara alguna de ellas, acepto las medidas disciplinarias y que la escuela se reserva el derecho de expulsar a cualquier estudiante por el incumplimiento de las reglas y regulaciones establecidas.

13) Como padre responsable y por la seguridad de toda la comunidad estudiantil, me comprometo a seguir todas las directrices implementadas por el personal de apoyo en la carretera y aceras que dan acceso al colegio para así poder evitar la obstrucción vehicular.

14) Estaremos trabajando sistema "drive-thru", el estudiante debe estar listo en todos los aspectos para poder ser entregado al colegio de una manera segura y sin contratiempos. En el horario estipulado de salida (no antes) se recomienda que el padre o encargado llame al estudiante vía teléfono para que este se prepare y sea recogido al momento de llegar al portón. Obstaculizar el flujo vehicular está sumamente prohibido en cualquier horario.

15) Los estudiantes que se retiren después de las 3:30pm y no estén inscritos en el programa de Cuido Extendido después de la hora de salida escolar, se les cobrará una tarifa de \$15.00, sin distinción de persona. Esta tarifa se aplicará por cada día que se produzca.

	<u>Entrada</u>	<u>Salida</u>
PK y Kínder	7:30 am	2:00 pm
1ro y 2do	7:45 am	2:45 pm
3ro a 6to	8:00 am	3:00 pm
7mo a 9no	7:30 am	2:30 pm
10mo a 11mo	7:15 am	2:15 pm
12mo	7:15 am	12:00 pm

16) Esta Institución no será responsable de los estudiantes que abandonan las instalaciones de la escuela con o sin ninguna autorización o circunstancia.

17) Estoy de acuerdo en proporcionar a mi hijo al comienzo del año escolar los libros y los materiales necesarios para la clase.

18) Entiendo que esta escuela se reserva el derecho de admisión de cualquier estudiante con discapacidades de aprendizaje o que necesite un Programa de Educación Especial. La institución no presta este servicio.

Soy responsable de leer los reglamentos de la escuela y de actuar de acuerdo con esto. Encontrará los reglamentos escolares en nuestro sitio web: [www.urdanetapr.com](http://www.urdanetapr.com)

19) Yo \_\_\_\_\_, padre o tutor acepto que he leído este contrato y al firmar a continuación, acepto todos los términos y condiciones establecidos a continuación.

\_\_\_\_\_  
Firma autorizada de padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Firma autorizada C.H.U.

\_\_\_\_\_  
Número de cuenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Información adicional:**

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Celular:** \_\_\_\_\_

**Dirección Física:** \_\_\_\_\_

**Dirección Postal:** \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_





# COLEGIO HÉCTOR URDANETA

P.O. Box 427, Ceiba, PR 00735-0427

Tel. (787) 885-6330 | Cel. (787) 909-1554

[colegio.urdaneta@chu.education](mailto:colegio.urdaneta@chu.education) | [www.urdanetapr.com](http://www.urdanetapr.com)

## AUTORIZACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Seguro Social: XXX - XX - \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

Familiar o persona a cargo en caso de que los padres no puedan ser notificados:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Médico Preferido: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico Preferido: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## HISTORIA MÉDICA

Enfermedades o cirugías del estudiante, en el último año:

Enfermedades: \_\_\_\_\_ Mes y Año: \_\_\_\_\_

Cirugías: \_\_\_\_\_ Mes y Año: \_\_\_\_\_

Tratamiento médico actual: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Discapacidades físicas: \_\_\_\_\_ Alérgico a: \_\_\_\_\_

Otras condiciones médicas: \_\_\_\_\_

## HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

Madre / Padre: \_\_\_\_\_

Hermanos / Hermanas: \_\_\_\_\_

Marque con una (x), si alguna de estas condiciones se aplica al estudiante:

- |                                              |                                       |                                    |                                  |                                      |
|----------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Trastorno Menstrual | <input type="checkbox"/> Diabetes     | <input type="checkbox"/> Hernias   | <input type="checkbox"/> Asma    | <input type="checkbox"/> Nefritis    |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Infantil  | <input type="checkbox"/> Amigdalitis  | <input type="checkbox"/> Varicela  | <input type="checkbox"/> Mareos  | <input type="checkbox"/> Infecciones |
| <input type="checkbox"/> Presión sanguínea   | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Paperas   | <input type="checkbox"/> Huesos  | <input type="checkbox"/> ETS         |
| <input type="checkbox"/> "Scarlet Fever"     | <input type="checkbox"/> Neumonía     | <input type="checkbox"/> Migrañas  | <input type="checkbox"/> Hígado  | <input type="checkbox"/> Otros:      |
| <input type="checkbox"/> Hipoglucemia        | <input type="checkbox"/> Alergias     | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Corazón | _____                                |

Damos nuestro consentimiento para que el supervisor, maestro u otro miembro del equipo utilice su mejor criterio, garantizando el bienestar médico y / o servicio de ambulancia, en caso de que el padre o tutor no pueda ser localizado. \_\_\_\_\_ Sí o \_\_\_\_\_ No.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### SEGURO DE SALUD

Asegurador: \_\_\_\_\_ # Póliza: \_\_\_\_\_

### TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

\*\* Permitir a los padres y estudiantes la autorización para proporcionar tratamiento de emergencia a aquellos niños que se lesionan o se enferman mientras están bajo la autoridad de la Escuela, cuando los padres o tutores no pueden ser localizados. Por favor, firme solo una de las siguientes opciones:

- 1) Para dar su consentimiento: en caso de haber realizado varios intentos de ponerse en contacto conmigo en los teléfonos antes mencionados, sin resultados, doy mi consentimiento para:
  - a) Que cualquier tratamiento necesario es proporcionado por cualquiera de los médicos o dentista.
  - b) Si el médico o dentista con licencia trata a mi hijo: \_\_\_\_\_
  - c) Mi hijo también puede ser transferido a (Hospital Preferido): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con el teléfono #: \_\_\_\_\_, o a cualquier otro hospital razonablemente cercano.

\*\* Esta autorización no cubre cirugías mayores a menos que la opinión médica de dos (2) médicos o dentistas con licencia concuerdan en la necesidad de dicha cirugía.

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Rechazar el consentimiento: No doy mi consentimiento para el tratamiento médico de emergencia a mi hijo \_\_\_\_\_ en caso de una lesión o enfermedad que requiera tratamiento de emergencia, es mi deseo que el Colegio

- 2) NO tome ninguna acción, por favor siga las instrucciones a continuación:

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### AUTORIZO A LAS SIGUIENTES PERSONAS A BUSCAR A MI HIJO

1. \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_



# COLEGIO HÉCTOR URDANETA

P.O. Box 427, Ceiba, PR 00735-0427

Tel. (787) 885-6330 | Cel. (787) 909-1554

[colegio.urdaneta@chu.education](mailto:colegio.urdaneta@chu.education) | [www.urdanetapr.com](http://www.urdanetapr.com)

## CERTIFICADO MÉDICO

Certifico que examiné al niño(a) \_\_\_\_\_

y es físicamente  **Apto**  **No apto** para participar en las actividades recreativas y deportivas de la Institución privada el Colegio Héctor Urdaneta de Ceiba. De no ser apto detallo a continuación su condición o condiciones: \_\_\_\_\_

o de ser apto, pero con algún tipo de situación deberá limitarse a lo siguiente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Licencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Firmar: \_\_\_\_\_