

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



## Paquete de Matrícula Estudiantil 2011-2012

### 9° – 12° Grado

#### Un cordial saludo a nuestros futuros padres de familia y tutores:

Les agradecemos su interés en matricular a su hijo(a) en Confluence Preparatory Academy en el año académico 2011-2012. Confluence Preparatory Academy se esfuerza por ayudar a cada estudiante a alcanzar su potencial, a la vez que mejora su rendimiento académico, lo cual se logra gracias a la singular combinación de un currículo basado en la investigación, maestros titulados y tecnología integrada.

Esperamos que esta sea la escuela que elija para su familia.

Por favor, complete la solicitud de matrícula y la declaración jurada (que deberá ser firmada y legalizada en la escuela) que adjuntamos a la presente, y devuélvalas junto con los siguientes documentos:

- Partida de nacimiento
- Registros de vacunación
- Constancia domiciliaria (contrato de alquiler, recibo de servicios públicos, etc.)

Confluence Preparatory Academy también solicita los siguientes documentos:

- Información para inscripción inicial en servicios estudiantiles
- Información para salida del estudiante de la escuela / atención de emergencia
- Autorización de entrega de expedientes escolares
- Formulario de Salud
- Encuesta sobre idioma hablado en el hogar
- Doc. de Ident. con fotografía del padre/madre/tutor
- Una copia de la última libreta de notas del estudiante

Si tuviera alguna pregunta, llame a la Srta. Meyer al teléfono 314-588-1088.

**Todos los postulantes seleccionados serán notificados por teléfono y por correo.**

*Las Academias Confluence ("Confluence") tienen como política no ejercer discriminación por motivos de raza, color, religión, género, origen nacional, edad o discapacidad en ninguno de sus programas ni prácticas de empleo, conforme a lo establecido en el Título VI y VII de la Ley de Derechos Civiles de 1964, Título IX de las Enmiendas de Educación de 1972, Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley de Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990. Ninguna persona deberá, por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, edad, o discapacidad, ser excluida de participar, ni negársele los beneficios de cualquier servicio; ni ser sometida a discriminación.*

*Para presentar una queja formal por violación de la Política de No Discriminación, el Reclamante debe preparar, firmar y poner fecha a una queja por escrito. Las quejas se deben dirigir a Joyce Jefferson (joyjeffers@confluence.edisonlearning.com), Compliance Coordinator [Coordinadora de Cumplimiento], 611 N. 10<sup>th</sup> Street, Suite 550, St. Louis, MO 63101. Si tuviera alguna pregunta adicional, comuníquese con la Coordinadora al teléfono 314-588-8554.*







**CONFLUENCE ACADEMY  
LEY DE ESCUELAS SEGURAS DE MISSOURI**

**JURAMENTO O AFIRMACIÓN RESPECTO A SANCIONES DISCIPLINARIAS PREVIAS  
PARA SER LLENADO ANTES DE LA MATRÍCULA DEL ESTUDIANTE**

Yo, \_\_\_\_\_, habiendo prestado el debido juramento, o habiendo afirmado que diré la verdad, declaro y manifiesto lo siguiente:

1. Yo soy el padre/madre, tutor legal, u otra persona que tiene la custodia o se encuentra a cargo de \_\_\_\_\_ (“Estudiante”), un estudiante que desea matricularse en Confluence Academy, y estoy legalmente autorizado para tomar decisiones educativas en nombre del Estudiante.

2. Por la presente certifico lo siguiente: [Marque **una** sola categoría y proporcione **toda** la información adicional solicitada, en caso de marcar (b) o (c)]. **ADVERTENCIA: De acuerdo a la legislación de Missouri, la omisión de proporcionar información verdadera, exacta y completa respecto a todas y cada una de las preguntas y subpartes de las mismas, podrá ser motivo de una acusación y condena por un delito menor de Clase B.**

\_\_\_\_\_ a. El estudiante **nunca ha sido suspendido o expulsado** de ninguna escuela en este ni en ningún otro estado, por ninguna falta relacionada con armas, alcohol, o drogas o por infligir intencionalmente lesiones a otro estudiante.

\_\_\_\_\_ b. El estudiante **ha sido suspendido y/o expulsado** de una escuela en este o en otro estado por una o más faltas relacionadas con armas, alcohol o drogas, o por infligir intencionalmente lesiones a otro estudiante. Proporcione la siguiente información **por todas y cada una de las suspensiones y/o expulsiones**: (Si fuera necesario, solicite hojas de información adicionales.)

- i. Nombre y dirección del distrito escolar
- ii. Nombre de la escuela
- iii. Naturaleza de la falta
- iv. Fecha de la falta
- v. Fecha de inicio de la suspensión/expulsión
- vi. Fecha de finalización de la suspensión/expulsión / Fecha programada para la finalización de la suspensión/expulsión

\_\_\_\_\_ c. El estudiante **ha sido suspendido y/o expulsado** de una escuela en este o en otro estado por una o más faltas, excepto por faltas relacionadas con armas, alcohol o drogas, o por infligir intencionalmente lesiones a otro estudiante. Proporcione la siguiente información **por todas y cada una de las suspensiones y/o expulsiones**: (Si fuera necesario, solicite hojas de información adicionales.)

- i. Nombre y dirección del distrito escolar
- ii. Nombre de la escuela
- iii. Naturaleza de la falta
- iv. Fecha de la falta
- v. Fecha de inicio de la suspensión/expulsión
- vi. Fecha de finalización de la suspensión/expulsión / Fecha programada para la finalización de la suspensión/expulsión

3. Por la presente certifico que he proporcionado información verdadera, completa y exacta por todas y cada una de las suspensiones y/o expulsiones impuestas al Estudiante.

**CONSTANCIA DOMICILIARIA  
O DE QUE LA SOLICITUD DE EXONERACIÓN HA SIDO PRESENTADA**

4. Yo certifico además lo siguiente: (Marque **una** sola categoría y proporcione **toda** la información adicional solicitada en la categoría seleccionada.) **ADVERTENCIA:** De acuerdo a la legislación de Missouri, toda persona que, a sabiendas, proporcione información falsa con respecto a las siguientes preguntas, a cualquier subparte de las mismas o a los documentos presentados para sustentar las respuestas a dichas preguntas, podrá ser acusada y condenada por un delito menor de Clase A.

- \_\_\_\_\_ a. El estudiante es residente legal del Distrito de Confluence Academy tal como se establece a continuación:
- i. Soy residente legal de la Ciudad de St. Louis, la cual es el distrito escolar en el que Confluence Academy opera.
  - ii. Resido y tengo domicilio permanente en la dirección que figura en el acápite "iv".
  - iii. Tengo derecho a asistir a Confluence Academy porque resido en \_\_\_\_\_, un Distrito Escolar del Condado de St. Louis, el cual es elegible para participar en el Programa de Traslado Interdistrital Voluntario.
  - iv. El estudiante reside conmigo en la siguiente dirección, la cual es también el hogar permanente del estudiante. He proporcionado el(los) siguiente(s) documento(s) para establecer que soy residente legal de la Ciudad de St. Louis:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Si fuera necesario, solicite una hoja de información adicional.)

- \_\_\_\_\_ b. El estudiante no es residente legal del Distrito de Confluence Academy; sin embargo, he presentado una Solicitud de Exoneración del Requisito de Residencia.
- i. He presentado la Solicitud de Exoneración del Requisito de Residencia el día \_\_\_\_\_.
  - ii. He adjuntado a la presente declaración una copia de la Solicitud de Exoneración.
  - iii. Entiendo que si la Solicitud de Exoneración es denegada después de que el Estudiante haya sido inscrito, el Estudiante ya no reunirá los requisitos para matricularse en Confluence Academy, y se solicitará su retiro de la escuela inmediatamente después de la denegación de la Exoneración.

5. Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, toda la información proporcionada en esta declaración es verdadera, exacta y completa.

6. Entiendo que si he proporcionado información falsa en esta declaración, podré ser acusado y condenado por un delito menor de Clase A.

7. Entiendo también que si he proporcionado información falsa en esta declaración o en los documentos presentados para sustentar esta declaración, Confluence Academy podrá interponer una demanda en mi contra para resarcirse del costo que generó la asistencia del estudiante a la escuela.

8. Entiendo también que este documento de inscripción se mantendrá como parte del expediente académico permanente del Estudiante.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Secretario/Autoridad de la Escuela

ESTADO DE MISSOURI                    )  
  ) SS  
CONDADO DE                                )

En este día, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_, compareció ante mí \_\_\_\_\_, a quien conozco personalmente y, quien, habiendo prestado el debido juramento, manifestó que firmó el documento que precede y declaró que lo hizo de forma libre y voluntaria.

**EN TESTIMONIO DE LO CUAL**, estampo mi firma y sello en el condado y estado anteriormente mencionados, en el día y año arriba indicados.

\_\_\_\_\_  
Notario Público

Mi mandato vence el: \_\_\_\_\_

## **Información para la inscripción inicial en servicios estudiantiles**

Confluence Preparatory Academy se encuentra plenamente comprometida a impartir una educación de calidad a todos sus alumnos, especialmente a aquellos que tienen necesidades especiales y, a fin de alcanzar nuestro objetivo, necesitamos de su ayuda. Les agradeceremos completar esta hoja en su totalidad.

¿Ha recibido su hijo(a) servicios de intervención temprana (desde el nacimiento hasta los 3 años)?  Sí  No

¿Ha sido evaluado su hijo(a) por las escuelas públicas para determinar si requiere educación especial?  Sí  No

¿Tiene su hijo(a) actualmente un Programa de Educación Individualizada (IEP, por sus siglas en inglés)?  Sí  No  
**Si su respuesta es sí, proporciónenos una copia del mismo.**

¿Alguna vez ha recibido su hijo(a) servicios de educación especial?  Sí  No

¿Recibe su hijo(a) servicios conforme a lo dispuesto en la sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973?  Sí  No  
**Si su respuesta es sí, proporciónenos una copia del plan 504.**

Por favor, marque cualquiera de los siguientes servicios que su hijo(a) haya recibido o que aún reciba.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Habla y lenguaje   | <input type="checkbox"/> Terapia física                 | <input type="checkbox"/> Servicios de inclusión         |
| <input type="checkbox"/> Aula de educación especial<br>[self-contained classroom] | <input type="checkbox"/> Orientación y movilidad        | <input type="checkbox"/> Sordera y deficiencia auditiva |
| <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional                                      | <input type="checkbox"/> Ayuda psicológica [counseling] | <input type="checkbox"/> Aula de apoyo [resource room]  |
| <input type="checkbox"/> Serv. para discapacidad visual                           | <input type="checkbox"/> Servicios médicos              | <input type="checkbox"/> Educación física adaptada      |

¿Usa su hijo(a) anteojos?  Sí  No

¿Usa su hijo(a) audífonos?  Sí  No

¿Le preocupa que su hijo(a) pueda tener una necesidad especial que no haya aún sido evaluada?  Sí  No

**Si su respuesta es sí, explique:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha





### ***Información para salida del estudiante de la escuela***

Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	Segundo nombre del estudiante
Apellido del padre/madre	Nombre del padre/madre	Segundo nombre del padre/madre
Número de teléfono del hogar	Número de teléfono del trabajo	Número de teléfono celular

- Mi hijo(a) tiene autorización para caminar de ida y regreso de la escuela sin la compañía de un adulto.
- Mi hijo(a) se trasladará en el autobús escolar la mayoría del tiempo.
- Se llevará y recogerá a mi hijo(a) de la escuela la mayoría del tiempo.

### ***Información y atención de emergencia***

Doy autorización a Confluence Preparatory Academy para procurar atención médica a mi hijo(a) en caso de una emergencia médica. Me haré responsable de los gastos que demande cualquier atención médica de emergencia que se preste a mi hijo(a).

El hospital de mi preferencia es: \_\_\_\_\_

Doy mi autorización para que Confluence Preparatory Academy permita a mi hijo(a) salir de la escuela acompañado(a) de las siguientes personas adultas y para dar a conocer a éstas información sobre mi hijo(a).

Apellido	Nombre	Número de teléfono	Parentesco
Apellido	Nombre	Número de teléfono	Parentesco
Apellido	Nombre	Número de teléfono	Parentesco
Apellido	Nombre	Número de teléfono	Parentesco

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



# FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD 2011-2012

NOMBRE DEL NIÑO: \_\_\_\_\_

PERSONA QUE PROPORCIONA ESTA INFORMACIÓN: \_\_\_\_\_

PARENTESCO: \_\_\_\_\_

GRADO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

HOSPITALIZACIONES Y ENFERMEDADES	SÍ	NO	EXPLIQUE LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS
1. ¿Ha sido el niño alguna vez hospitalizado o sometido a una operación?			
2. ¿Ha tenido el niño alguna vez un accidente serio (fractura de huesos, lesiones en la cabeza, caídas, quemaduras, envenenamiento)?			
3. ¿Ha tenido el niño alguna vez una enfermedad seria?			
PROBLEMAS DE SALUD			
4. ¿Tiene el niño con frecuencia: <input type="checkbox"/> infecciones urinarias o dificultad para orinar <input type="checkbox"/> dolor de garganta <input type="checkbox"/> tos <input type="checkbox"/> dolor de estómago, vómitos, diarrea?			
5. ¿Tiene el niño dificultad para ver (mira con los ojos entrecerrados, bizquea los ojos, se acerca mucho a los libros al momento de leer)?			
6. ¿Usa el niño (o se supone que debe usar) anteojos?			
7. ¿Tiene el niño problemas del oído/audición (dolor de oído, frecuentes dolores de oídos, secreción, se frota la oreja)?			
8. ¿Ha tenido el niño alguna vez una convulsión o un ataque?			
9. ¿Toma el niño actualmente algún medicamento?			
10. ¿Recibe el niño actualmente tratamiento de un médico o dentista?			
11. ¿Ha tenido el niño: <input type="checkbox"/> forúnculos <input type="checkbox"/> varicela <input type="checkbox"/> eczema <input type="checkbox"/> sarampión <input type="checkbox"/> paperas <input type="checkbox"/> escarlatina <input type="checkbox"/> tos ferina <input type="checkbox"/> rubéola?			
12. ¿Ha tenido el niño: <input type="checkbox"/> urticaria <input type="checkbox"/> polio?			
13. ¿Ha tenido el niño: <input type="checkbox"/> asma <input type="checkbox"/> tendencia al sangrado <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> fiebre reumática <input type="checkbox"/> epilepsia <input type="checkbox"/> enfermedad cardíaca/circulatoria <input type="checkbox"/> enfermedad hepática <input type="checkbox"/> anemia de células falciformes?			
14. ¿Tiene el niño algún problema de alergia (sarpullido, picazón, hinchazón, dificultad para respirar, estornudos)? a. ¿Cuándo come algún alimento? _____ b. ¿Cuándo toma algún medicamento? _____ c. ¿Cuándo se encuentra cerca de animales, pieles, insectos, polvo, etc.? _____			

<p>15. ¿Tiene su hijo algún otro problema de salud? _____</p> <p>¿Le informó un médico u otro profesional de la salud que el niño tiene este problema? _____</p> <p>¿Cuándo fue la última vez que un médico vio a su hijo por este problema? _____</p>			
<p>16. Describa cualquier necesidad especial que su hijo requerirá en las actividades diarias:</p>			
<p>17. ¿Existe algún otro problema de salud al que no nos hayamos referido que interfiera en las actividades diarias del niño?</p>			
<p><i>Por favor, llene ambas caras del formulario.</i></p> <p><b>PARA LOS PADRES DE UN NIÑO CON ASMA</b></p>			
<p>18. ¿Cuándo se le diagnosticó a su hijo el asma?</p>			
<p>19. ¿Qué desencadena los ataques de asma de su hijo? Marque todas las respuestas que correspondan.</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad   <input type="checkbox"/> Emociones   <input type="checkbox"/> Medicamentos   <input type="checkbox"/> Alimentos   <input type="checkbox"/> Fatiga   <input type="checkbox"/> Clima   <input type="checkbox"/> Ejercicios   <input type="checkbox"/> Olores químicos   <input type="checkbox"/> Cigarrillo u otro tipo de humo</p>			
<p>20. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha estado su hijo hospitalizado durante la noche o por más tiempo debido al asma?</p>			
<p>21. ¿Tiene su hijo alguna necesidad especial en la escuela con respecto al asma (no responder si figura en la sección anterior)?</p>			
<p><b>DESARROLLO FÍSICO, PSICOLÓGICO Y SOCIAL</b></p>			
<p>22. ¿Se preocupa mucho su hijo o tiene mucho miedo de algo? Si es así, qué cosas parecen motivar que se preocupe o tenga miedo:</p>			
<p>23. ¿Tiene su hijo alguna dificultad para expresar lo que desea hacer o tiene usted algún problema para entender a su hijo? Si es así, sírvase describir:</p>			

24. ¿Ha habido grandes cambios en la vida de su hijo en los últimos seis meses? Si es así, sírvase describir:			
25. ¿Hay algo más que desearía informarnos acerca de su hijo? Si es así, sírvase describir:			