

St. Paul Catholic School
 1425 E. Shelby Dr.
 Memphis, TN 38116
 901-346-0862
 www.stpaulsmemphis.com

Solo para uso de Oficina	
Date Application Rec'd _____	Birth Cert. _____
App. Fee _____	Trans. Rec'd _____
Bapt. Cert. _____	Immun. _____
Accept. Ltr _____	Cath. Verif. _____
Interview _____	Placement test _____

Aplicación de Admisión

Aplicando para el grado _____ en el año escolar **2020-21**

Por favor envíe la siguiente documentación directamente a la oficina de la escuela, vía fax al 901-396-2677, o por correo electrónico a: secretary.stpaul@stpaul.cdom.org

- Una copia del certificado de nacimiento de su hijo/a
- Una copia del Certificado de Bautismo de su hijo (todas las creencias)
- Una copia de la boleta de calificaciones más reciente y todas las boletas de fin de año de años anteriores.
- Una copia de las calificaciones de exámenes estandarizados del año actual y los años anteriores.
- El certificado de inmunización original de su hijo del Departamento de Salud de Tennessee
- Formulario de Verificación Católica (solo católicos – copias disponibles en la oficina de la escuela)
- Matrícula de solicitud: \$25

Las solicitudes presentadas sin estos documentos requeridos se consideraran incompletas y no pueden considerarse para la inscripción.

Nombre del Estudiante _____ • Genero Masculino Femenino
(Primer Nombre) (Segundo) (Apellido)

Apodo del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____
(Día/mes/año)

de Seguro Social: _____

Información de Contacto Principal del Estudiante:

Dirección del Estudiante _____ # de Apto./Unidad _____
(Calle)

_____, _____
(Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Condado)

Teléfono (casa): _____ Celular: _____

Contacto de Emergencia (nombre) _____ Teléfono: _____

• Etnicidad/Raza del Estudiante

<input type="checkbox"/>	Afroamericano
<input type="checkbox"/>	Indio americano/nativo de Alaska
<input type="checkbox"/>	Asiático
<input type="checkbox"/>	Africano
<input type="checkbox"/>	Caucásico
<input type="checkbox"/>	Otro: (especifique)

<input type="checkbox"/>	Haitiano Americano
<input type="checkbox"/>	Hispana
<input type="checkbox"/>	Viajero Irlandés
<input type="checkbox"/>	Nativo Hawaiano/ isleño del Pacífico
<input type="checkbox"/>	2 o más razas

Nacionalidad del Estudiante _____ • Lenguaje primario hablado en casa _____

Ciudad de Nacimiento _____ • Estado de Nacimiento _____ • País de Nacimiento _____

¿Cómo escucho sobre la Escuela San Pablo? _____

La escuela anterior, ¿proporcione acomodaciones o modificaciones para necesidades especiales de su hijo/a?

SI NO En caso **afirmativo**, explique por favor: _____

Escuelas Anteriores

¿El solicitante ha asistido previamente a otra escuela? SI NO

Más reciente: Escuela previa a la que asistió

- Nombre de Escuela _____
- Dirección de la escuela: _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Teléfono _____ • Fechas de Asistencia Desde _____ Hasta _____
- Grado completado _____

¿El solicitante ha asistido previamente a otra escuela? SI NO

Segunda más reciente: Escuela anterior a la que asistió

- Nombre de Escuela _____
- Dirección de la escuela: _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Teléfono _____ • Fechas de Asistencia Desde _____ Hasta _____
- Grado completado _____

Intereses del Estudiante**Deportes**

<input type="checkbox"/>	Porristas
<input type="checkbox"/>	Voleibol

<input type="checkbox"/>	Futbol/Soccer
<input type="checkbox"/>	Basquetbol

<input type="checkbox"/>	Futbol de Bandera
<input type="checkbox"/>	

Otro

<input type="checkbox"/>	Instrumentos
<input type="checkbox"/>	Coro

Afiliación Religiosa: Por favor rellene los siguientes campos sobre la Afiliación Religiosa del *Estudiante*

- Afiliación Religiosa _____ Iglesia/Congregación: _____

¿Es miembro de la Iglesia San Pablo? SI NO

Todos los Solicitantes:

- **Bautismo** Iglesia: _____ Fecha: _____
 Ciudad _____ Estado _____

Solicitantes Católicos:

Sacramentos Recibidos	Iglesia	Fecha	Ciudad	Estado
Reconciliación				
Comunión				
Confirmación				

Alumnos o Estudiantes Actualmente Inscritos

¿Tiene el estudiante algún otro familiar que actualmente asiste, haya asistido o se haya graduado de nuestra escuela?

Alumnos / parientes actualmente inscritos:

Nombre	Relación al Estudiante	Años que Asistieron a San Pablo

Información de Hogar 1: Por favor responda las siguientes preguntas sobre la residencia de la custodia *primaria* del estudiante

Hogar 1

• Domicilio

Dirección _____ País _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa: _____

¿Cuántas personas viven en este hogar? _____

Hogar 1:

Padres/Guardián 1:	Padres/Guardián 2: (deje en blanco si no es aplicable)
Apellido _____	Apellido _____
Primer Nombre _____	Primer Nombre _____
Segundo Nombre _____	Segundo Nombre _____
Sufijo _____ Apodo _____	Sufijo _____ Apodo _____
Genero <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Genero <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Relación al solicitante _____	Relación al solicitante _____
¿Derecho de Custodia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Derecho de Custodia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Responsabilidad Financiera? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Responsabilidad Financiera? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Recibe correspondencia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Recibe correspondencia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Estado Civil _____	Estado Civil _____
Correo Electrónico 1 _____	Correo Electrónico 1 _____
Correo Electrónico 2 _____	Correo Electrónico 2 _____
Teléfono de trabajo (_____) _____	Teléfono de trabajo (_____) _____
Celular (_____) _____	Celular (_____) _____
Ocupación _____	Ocupación _____
Título Profesional _____	Título Profesional _____
Empleador _____	Empleador _____
Dirección del Empleador _____	Dirección del Empleador _____
Ciudad _____	Ciudad _____
Estado, Código Postal _____	Estado, Código Postal _____
Afiliación Religiosa	Afiliación Religiosa
<input type="checkbox"/> Igual que el estudiante	<input type="checkbox"/> Igual que el estudiante
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____
Iglesia/congregación Actual	Iglesia/congregación Actual
_____	_____
Nivel más alto de Educación / Grado	Nivel más alto de Educación / Grado
_____	_____
Nombre de Escuela	Nombre de Escuela
_____	_____

Hogar 2 ¿Tiene el estudiante un padre/guardián que vive en otra dirección? SI NO

Hogar 2

• Domicilio

Dirección _____ País _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa: _____

¿Cuántas personas viven en este hogar? _____

Hogar 2:

Padres/Guardián 1:	Padres/Guardián 2: (deje en blanco si no es aplicable)
Apellido _____	Apellido _____
Primer Nombre _____	Primer Nombre _____
Segundo Nombre _____	Segundo Nombre _____
Sufijo _____ Apodo _____	Sufijo _____ Apodo _____
Genero <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Genero <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Relación al solicitante _____	Relación al solicitante _____
¿Derecho de Custodia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Derecho de Custodia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Responsabilidad Financiera? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Responsabilidad Financiera? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Recibe correspondencia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Recibe correspondencia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Estado Civil _____	Estado Civil _____
Correo Electrónico 1 _____	Correo Electrónico 1 _____
Correo Electrónico 2 _____	Correo Electrónico 2 _____
Teléfono de trabajo (_____) _____	Teléfono de trabajo (_____) _____
Celular (_____) _____	Celular (_____) _____
Ocupación _____	Ocupación _____
Título Profesional _____	Título Profesional _____
Empleador _____	Empleador _____
Dirección del Empleador _____	Dirección del Empleador _____
Ciudad _____	Ciudad _____
Estado, Código Postal _____	Estado, Código Postal _____
Afiliación Religiosa <input type="checkbox"/> Igual que el estudiante <input type="checkbox"/> Otro: _____	Afiliación Religiosa <input type="checkbox"/> Igual que el estudiante <input type="checkbox"/> Otro: _____
Iglesia/congregación Actual _____	Iglesia/congregación Actual _____
Nivel más alto de Educación / Grado _____	Nivel más alto de Educación / Grado _____
Nombre de Escuela _____	Nombre de Escuela _____

Hermanos ¿El solicitante tiene hermanos/as? SI NO ¿Cuántos/as? _____

Por favor anote a los hermanos/as

Nombre	Edad	Genero	Fecha de Nacimiento	Escuela Actual

Abuelos ¿El solicitante tiene abuelos que viven? SI NO

Por favor anote a los abuelos:

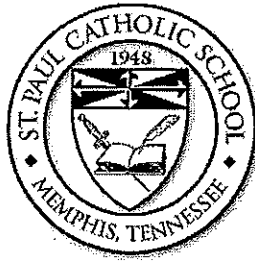
Nombre	Abuelo o Abuela	Teléfono

Acuerdos

Entiendo que si mi hijo es aceptado en la escuela católica de San Pablo, él / ella estará sujeto a las reglas y regulaciones establecidas en la información de admisiones y en el manual de la escuela que se revisan anualmente. Además, entiendo que seré financieramente responsable de todas las matrículas y tarifas que se indican en el mismo. También entiendo que el hecho de no divulgar información que pueda afectar las decisiones de admisión puede resultar en el requisito de retirar a mi estudiante en caso de que la escuela no pueda abordar adecuadamente las necesidades de aprendizaje o de comportamiento de mi hijo.

Firma del Padre/Guardián

Fecha



Transcript Release Form

Parents/Guardians: Please complete this form and return to Saint Paul Catholic School with the Application for Admission. Permanent Records are requested only after acceptance.

_____, _____
Name of Applicant Date of Birth

has registered for grade _____ for school year _____ at Saint Paul Catholic School. Permission is granted for the full and complete release of the applicant's academic and disciplinary records, transcripts (including the most recent report card), standardized test results, immunization records and any psychology evaluations.

Current School Information:

School Name: _____

School Address: _____

Phone: _____ Fax: _____

Present Grade of Student: _____

I hereby certify that I am the parent/guardian of the above named student.

Printed Name Signature of Parent/Guardian Date

Registrar: Please send records on the above student to:

St. Paul Catholic School

School Address: 1425 E. Shelby Drive

(City) Memphis (State) TN (Zip) 38116

Phone: 901-346-0862 Fax: 901-396-2677

Or e-mail to: secretary.stpaul@stpaul.cdom.org

Thank you for your assistance.

First Request _____

Second Request _____

Escuela Católica San Pablo

Solicitud Para Ayuda Financiera

Tenemos ayuda financiera limitada disponible. El dinero de la beca se otorga por orden de llegada. A partir del año escolar 2020 - 2021, se deben cumplir los siguientes requisitos:

- Para mantener la beca otorgada, cada estudiante debe haber registrado 15 horas de voluntariado antes del 15 de marzo cada año.
- Todas las tarifas adeudadas a San Pablo u otra escuela católica deben estar vigentes.

Nombre de Padre(s): _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Nombre de Estudiante(s)/ Escuela Anterior 19 - 20:

Grado 2020-2021:

¿Quién es responsable de la colegiatura para los dependientes que viven con usted?

____ Padre ____ % Nombre _____ Ingresos Anuales: _____

____ Madre ____ % Nombre _____ Ingresos Anuales: _____

____ Otro ____ % Nombre _____ Ingresos Anuales: _____

¿Cuánto cree que puede contribuir AL MES para la educación de su hijo/a?

\$ _____

**** Después de que su(s) hijo(s) haya sido aceptado, se lo contactará con respecto al proceso de solicitud de asistencia financiera a través de FACTS.**

Gracias