



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 **2021-22**

Por favor envíe la siguiente documentación directamente a la oficina de la escuela, vía fax al 901-396-2677, o por correo electrónico a: admissions@stpaulsmemphis.com

- 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: <i>(deje en blanco si no es aplicable)</i>
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 _____
Afilación Religiosa	Afilación 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
_____	_____
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: <i>(deje en blanco si no es aplicable)</i>
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
_____	_____

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