



Adventist Christian Academy
2518 Savannah Hwy
Charleston, SC 29414

Aplicación de Estudiante

Déjanos saber:

Circule la respuesta que elija

Como supiste de esta escuela:

Vi la escuela al pasar Le recomendación de un amigo/a Medio de publicidad

Otro medio _____

Nombre del estudiante y información de la familia

Nombre Completo _____

Mi hijo/a entrara ____ grado, en el Otoño ____ Invierno ____ del año _____

Le gusta que le llamen: _____ Es un niño ____ Es una niña ____

Seguro Social del niño/a #: _____ Fecha y Lugar de Nacimiento: _____

Traiga el Certificado de Nacimiento, la tarjeta de Seguro Social y las vacunas para hacer copias.

Nombre del Padre: _____ Seguro Social# _____

Nombre de la Madre: _____ Seguro Social # _____

Domicilio, Numero de casa y Nombre de la Calle _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Numero de Teléfono de la Casa: _____

Correo electrónico _____

Ocupación del papa: _____ Teléfono: Trabajo _____ Celular: _____

¿Ciudadanía? _____ ¿Casado? _____ Correo electrónico: _____

Años de Estudio _____ Lugar de Nacimiento _____ Fecha de Nacimiento _____

Ocupación de la madre: _____ Teléfono: Trabajo: _____ Celular: _____

¿Ciudadanía? _____ Casado? _____ Correo electrónico: _____

Años de Estudio _____ Lugar de Nacimiento _____ Fecha de Nacimiento _____

Marque la Respuesta Correcta:

____ Padre Fallecido ____ Madre Fallecida ____ Padres Divorciados ____ Padres Separados

____ El Padre se Caso Nuevamente ____ La Madre se Caso Nuevamente ____ Por favor díganos si el

niño/a tiene dos hogares. ¿Cuál es el Segundo Hogar?

Nombre y Apellido _____ Parentesco: _____

Domicilio Número y calle _____ Ciudad _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Email: _____

Ocupación: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Celular: _____

Afiliación con la Iglesia:

Nombre de la Iglesia donde es Usted Miembro: _____

¿Cuántos años hace que Usted es Miembro?

Nombre del Pastor: _____ Numero de teléfono _____

¿Usted tiene niños que asisten regularmente a la Iglesia? Si _____ No _____

¿Es usted miembro de la Iglesia Adventista? Si _____ No _____

¿El Padre de familia es miembro de la Iglesia? Si _____ No _____ ¿La Mama? Si _____ No _____

Información Referente a la Escuela

¿Dónde asistió a la escuela este año? _____

¿Qué Fecha se Inscribió? _____

Numero de teléfono de la escuela: _____

Nombre de la maestra: _____

Alguna vez su hijo/a avanza un grado? _____

¿Alguna vez el estudiante repitió un grado? _____

¿El Alumno fue Expulsado alguna vez? _____

Si contesta que si por favor díganos la causa:

Si el Estudiante tiene alguna discapacidad física o problemas de aprendizaje por favor traiga documentación del Medico o Profesional para poder preverle la ayuda necesaria.

¿Necesita medicamentos? _____ si _____ no. Si, explique:

Marque aquí _____ un examen físico es requerido para completar registración.

Testimonio de los Padres:

Por favor díganos brevemente como conoció al Señor y crecimiento Espiritual.

_____ Por favor díganos que usted espera recibir de la educación cristiana y porque elijo nuestra escuela.

El formulario deber ser entregado con todas las preguntas contestadas y las cuotas de registración incluida. Revisaremos su solicitud y le dejaremos saber si su hijo fue aceptado.