



# Colegio San Pedro Mártir de Verona

Calle Alpierre #1  
Urb. Colimar  
Guaynabo, P.R. 00969  
Tel. (787)720-2219 Fax (787)272-8770

**FOTO**  
(2x2)

No se aceptarán  
matrículas sin la FOTO

## HOJA DE MATRÍCULA 20 23 - 20 24

■ NUEVO INGRESO □ RE-MATRÍCULA

NÚM. DE CUENTA \_\_\_\_\_ FECHA DE SOLICITUD \_\_\_\_\_

**MARCAR EL GRADO AL QUE ENTRA:** ○PK ○K ○1 ○2 ○3 ○4 ○5 ○6 ○7 ○8 ○9 ○10○11○12

**Escribir en letra de molde la INFORMACIÓN COMPLETA DEL ESTUDIANTE en los espacios provistos:**

Apellido Paterno		Apellido Materno		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Fecha Nacimiento (mes-día-año):			Lugar:		Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Núm. Seg. Social:XXX-XX-
Ciudadanía:		Religión:			Parroquia:		
Dirección Postal:				Teléfono Residencial:			
Ciudad:				Dirección Residencial: (Si es diferente a la POSTAL)			
Zip Code:							

¿Tiene el estudiante alguna condición médica? NO  SI  ¿Cuál?

Tratamiento Médico si alguno: \_\_\_\_\_

Autorización para medicamentos: \_\_\_\_\_ Autorización para Fotos: \_\_\_\_\_

<b>¿Quien tiene la custodia del estudiante?</b> (Marque todos los correspondan)				<b>Persona responsable de los pagos al Colegio</b> (Marque uno)			
Padre	Madre	Abuelos	Otro	Padre	Madre	Abuelos	Otro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### INFORMACIÓN DE LOS PADRES O ENCARGADOS:

Nombre completo del Padre:		Ocupación o Posición:	
Dónde Trabaja:		Tel. Trabajo:	Ext.:
Tel. Celular:		Email:	
Nombre completo de la madre:		Ocupación o Posición:	
Dónde Trabaja:		Tel. Trabajo:	Ext.:
Tel. Celular:		Email:	

Estado Matrimonial de los Padres: -Casados -Divorciados -Separados Legalmente -Viudo(a) -Otro \_\_\_\_\_  
**En caso de DIVORCIO O SEPARACIÓN LEGAL durante el año anterior, favor de presentar una Resolución de Custodia.**

### ENUMERE LOS HERMANOS QUE ENTRAN O QUE ESTÁN MATRICULADOS EN EL COLEGIO PARA ESTE AÑO.

NOMBRE COMPLETO (Incluir apellidos)	GRADO ENTRANDO

### INFORMACIÓN DE EMERGENCIA: (Familiares que se puedan llamar en caso de EMERGENCIA que NO sean los padres)

1er. Familiar - Nombre:		Relación con el estudiante:	
Tel. Residencial:		Tel. Trabajo:	Tel. Celular/Beeper:
2do. Familiar - Nombre:		Relación con el estudiante:	
Tel. Residencial:		Tel. Trabajo:	Tel. Celular/Beeper:

## INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE PAGA:

Nombre completo de la persona responsable de los pagos:		
Relación con el estudiante:	Tel. Residencial:	
Dirección Postal:	Dirección Residencial: (Si es diferente a la POSTAL)	
Ciudad:	Zip Code:	
Tel. Trabajo:	Tel. Celular:	Tel. Beeper/Unidad:
Email:		

<b>*Estudio Socio-Económico: Ingreso Anual de la Familia:</b> _____	<b>Grupo familiar:</b> _____
* #SS completo del adulto responsable XXX-XX-____	
* Esta información solo se utilizará para fines estadísticos del Departamento de Educación. El colegio tiene que preparar anualmente un Estudio Socio-Económico requisito para recibir Fondos Federales	

## SI EL ESTUDIANTE NO VIVE CON LOS PADRES, FAVOR DE LLENAR LO SIGUIENTE:

Nombre completo de tutor o persona responsable:		
Relación con el estudiante:	Tel. Residencial:	
Dirección Postal:	Dirección Residencial: (Si es diferente a la POSTAL)	
Ciudad:	Zip Code:	
Tel. Trabajo:	Tel. Celular:	Tel. Beeper/Unidad:
Email:		

1. Autorizamos al Colegio a trasladar a nuestro hijo, anteriormente mencionado a facilidades hospitalarias si sufriese un accidente o indisposición si la aparente seriedad del caso lo requiere. Entendemos que los padres somos los únicos autorizados para que las facilidades hospitalarias puedan prestar servicios médicos a menores. Entendemos que el Colegio tratará de comunicarse telefónicamente a la brevedad posible sobre cualquier emergencia que afecte a nuestro hijo. Entendemos la importancia de llenar este formulario con la información correcta ya que es el medio que el Colegio tiene para comunicarse con los padres y otras personas responsables en caso de emergencia.

2. Cualquier discrepancia en la veracidad de la información provista podrá invalidar el proceso de Matrícula. Al firmar este documento, estamos de acuerdo con los reglamentos y estipulaciones disciplinarias, académicas y administrativas por las que se rige el Colegio.

3. Al realizar la matrícula aceptamos la política de reembolso establecida por el Colegio San Pedro Mártir.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Encargado

\_\_\_\_\_  
Firma de la madre o Encargado

\_\_\_\_\_  
Fecha

### PARA USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO

Fecha Matrícula:	Cant. de Matrícula: \$	No. de Recibo:
<input type="checkbox"/> -Efectivo	<input type="checkbox"/> -Giro	<input type="checkbox"/> -Ck. Cert.
Firma de Persona que recibe la Matrícula:		
Mensualidad: \$		Cuotas especiales: \$

Fecha procesado:	Firma de persona que procesa:
------------------	-------------------------------

Observaciones/Comentarios:
Firma de la Directora/Principal: _____