



**COLEGIO DEL
APOSTOLADO**

**FORMULARIO ACTUALIZACIÓN DE DATOS Y
ACUERDO DE SERVICIOS EDUCATIVOS AÑO ESCOLAR 2024-2025**

PADRE, MADRE O TUTOR RESPONSABLE:

APELLIDOS/NOMBRES: _____ CEDULA: _____

TELÉFONOS: _____ DIRECCIÓN: _____

DATOS DE LOS ESTUDIANTES

1) Apellidos/Nombre: _____ Curso: _____ Inicial/ Primaria/ Secundaria

2) Apellidos/Nombre: _____ Curso: _____ Inicial/ Primaria/ Secundaria

3) Apellidos/Nombre: _____ Curso: _____ Inicial /Primaria/ Secundaria

4) Apellidos/Nombre: _____ Curso: _____ Inicial/ Primaria/ Secundaria

**SI LOS DATOS SOLICITADOS DESPUÉS DE ESTA LINEA, SON LOS MISMOS DEL AÑO
ESCOLAR 2023-2024, FAVOR PASAR A LAS PRÓXIMAS PÁGINAS**

DATOS DE LOS PADRES O TUTORES

PADRE

APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aa): _____ CEDULA: _____

NACIONALIDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ TEL. CASA: _____

CELULAR: _____ TEL. TRABAJO _____

DIRECCION: _____

OCUPACION/PROFESION: _____ LUGAR DE TRABAJO: _____

MADRE

APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aa): _____ CEDULA: _____

NACIONALIDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ TEL. CASA: _____

CELULAR: _____ TEL. TRABAJO _____

DIRECCION: _____

OCUPACION/PROFESION: _____ LUGAR DE TRABAJO: _____



**COLEGIO DEL
APOSTOLADO**

REQUISITOS

1. No tener cuotas atrasadas del año escolar en curso.
2. Fotos 2x2 actualizadas por alumno(a).
3. Formulario Médico actualizado por alumno(a).
4. Copia del récord de vacunas actualizado.
5. Aceptación del Manual de Convivencia.
6. No estar condicionada o bloqueada matriculación por motivos conductuales, académicos o socioemocionales.
7. Haber aprobado las asignaturas del curso anterior. Si algún estudiante paga la 1era cuota y posteriormente no aprueba las asignaturas, queda automáticamente sin efecto y será reembolsado el valor pagado por la misma.

TARIFAS 2024-2025

Planes de Pago:

- _____ **PLAN A:** PAGO ÚNICO *antes del 30 de abril 2024- 15% de descuento.*
- _____ **PLAN B:** DOS PAGOS *50% antes del 31 de mayo 2024 y 50% antes del 15 de diciembre 2024. 10% de descuento.*
- _____ **PLAN C:** PAGO CUOTAS *20% antes del 31 de mayo 2024 y 10 cuotas del 80% restante. No aplica ningún descuento.*

*** Para formalizar el registro del estudiante debe realizar el pago de la primera cuota.**

POLITICAS DE PAGO

- El horario de la Caja del Colegio es de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 2:00 p.m.
- Los pagos pueden ser realizados en efectivo, cheque, tarjeta de crédito o tarjeta débito (presencial o vía telefónica).
- Para transferencias: cuenta corriente del Banco Popular Dominicano No. 713303790 o BHD León 00365780056 a nombre del Colegio del Apostolado, RNC 401008033. Es imprescindible enviar el comprobante de pago a cobros@colegiodelapostolado.edu.do o traerlo a Caja físicamente.
- Tenemos disponibles pagos con cargos automáticos. Solicitar los formularios para este método de pago vía telefónica o vía correo a cobros@colegiodelapostolado.edu.do.
- *Los pagos no son reembolsables.*
- ***Los pagos del Plan C (PAGO CUOTAS) deben realizarse del 01 al 10 de cada mes, iniciando en el mes de Septiembre.**
Al vencimiento de dicho plazo, se le aplicará una mora de un 6%, a los pagos vencidos del año escolar en curso (sin excepciones). Dicha mora aumentará 1% el 01 día calendario de cada mes.
- Exoneración del pago de una (1) cuota a un (1) hijo/a a toda familia Apostolina que haya referido a una familia nueva que formalice su matriculación en el Colegio. (Llenar formulario correspondiente)
- Todo PADRE, MADRE O TUTOR RESPONSABLE que se atrase en el pago de tres (3) o más cuotas la escolaridad, serán referidos al departamento legal de la institución.

FIRMA/ CEDULA

FECHA



**COLEGIO DEL
APOSTOLADO**

ACUERDOS
2024-2025

DATOS DE LOS ESTUDIANTES

Apellidos/Nombre: _____ Curso: _____

Apellidos/Nombre: _____ Curso: _____

Apellidos/Nombre: _____ Curso: _____

Apellidos/Nombre: _____ Curso: _____

Favor tomar en cuenta que cada párrafo del presente acuerdo debe ser inicializado.

1. Con la finalidad de apoyar la labor de difusión y proyección de la filosofía y programas educativos, deportivos y artísticos del Colegio del Apostolado, extendo autorización expresa al Colegio para tomar y utilizar fotografías, videos, artículos y/o trabajos de mis hijos en la página de internet, material promocional, redes sociales institucionales y otros medios de información previamente verificados y aprobados por el Colegio. _____
2. Como miembros de la Comunidad Apostolina, los alumnos, padres, madres y tutores, darán ejemplo de una relación de respeto, cooperación, aceptación y armonía. Por lo tanto, aceptamos cumplir con las normas del Manual de Convivencia y acoger las recomendaciones del Colegio. Nos comprometemos a evitar cualquier manifestación o rechazo de discriminación por: raza, género, religión y/o necesidades educativas especiales. _____
3. Como parte de la Familia Apostolina, nos comprometemos en hacer un buen uso de los medios de comunicación y redes sociales relacionados con el Colegio. Reconocemos que están expresamente prohibidos, cualquier tipo de publicación, ya sean textos, gráficos, fotografías, vídeos, etc. que atenten o sean susceptibles de atentar contra la moral, la ética, el buen gusto o el decoro, y/o que infrinjan, violen o quebranten los derechos de propiedad intelectual o industrial, el derecho a la imagen, tanto de la Institución como de cualquier miembro de la misma. _____

Nombre Completo y Cédula
PADRE, MADRE O TUTOR RESPONSABLE



**COLEGIO DEL
APOSTOLADO**

FORMULARIO MÉDICO PARA USO DE LA ENFERMERÍA
AÑO ESCOLAR 2024-2025

I. Datos del Alumno:

Apellidos: _____ Nombres: _____

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa): ____/____/____ Edad: _____ Curso: _____

II. Persona de contacto en caso de emergencias:

Nombre/ parentesco: _____

Teléfonos de contacto: _____

III. Información sobre el estado de salud del estudiante:

a) Cuál de los siguientes describe mejor las características del embarazo y nacimiento:

A término ____ Prematuro ____ Parto natural ____ Cesárea ____ Puntuación APGAR: _____

b) Su hijo/a ha presentado durante su desarrollo alguna de las siguientes situaciones:

Dificultad del habla _____ Dificultad motora _____ Dificultad auditiva _____

Especifique la edad en que fue identificado y que tipo de tratamiento ha recibido: _____

Lateralidad: Diestro/a _____ Zurdo/a _____

Tipo de sangre: _____

c) Enfermedades presentadas en la niñez:

Enfermedades cardíacas ____ Sarampión ____ Paperas ____ Rubéola ____ Varicela ____ Asma ____

Amigdalitis ____ Neumonía ____ Epilepsia ____ Otras: _____

d) Alergias. Favor especificar si el estudiante es alérgico a medicamentos, alimentos u otros:

e) Favor hacer cualquier observación importante a tomar en cuenta con relación a la salud de su hijo/a:

f) Favor especificar si su hijo/a ha padecido de COVID-19. En caso afirmativo detallar la fecha y si esto ha tenido alguna consecuencia importante en su estado general de salud.

IV. Autorización:

Autorizo al Colegio del Apostolado, si fuere necesario, a administrar medicamentos por motivo de fiebre alta, dolores fuertes, náuseas y otras situaciones de importancia que puedan presentarse.

Autorizo al Colegio del Apostolado, en caso de Emergencia, a transportar a mi hijo(a) al Centro de Salud que considere conveniente.

Nombre: _____ Firma: _____

Fecha: _____

Adjuntar al formulario de enfermería, certificado médico reciente y copia del récord de vacunación.