

**SOLICITUD DE ADMISIÓN**  
**NUEVO INGRESO AÑO ESCOLAR 2024-2025**

Curso solicitado: \_\_\_\_\_ Solicitud No. \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE**

APELLIDOS \_\_\_\_\_ NOMBRES \_\_\_\_\_

SEXO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

RESIDE CON: MADRE  PADRE  TUTOR  HERMANOS  Otros: \_\_\_\_\_

BAUTISMO: FECHA: \_\_\_\_\_ IGLESIA: \_\_\_\_\_

PRIMERA COMUNIÓN: FECHA: \_\_\_\_\_ IGLESIA: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LOS PADRES**

**PADRE**

APELLIDOS \_\_\_\_\_ NOMBRES \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aa) \_\_\_\_\_ CEDULA \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_ TEL. CASA \_\_\_\_\_

CELULAR \_\_\_\_\_ TEL. TRABAJO \_\_\_\_\_

DIRECCION DE RESIDENCIA \_\_\_\_\_

PROFESION \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN \_\_\_\_\_

LUGAR DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

RELIGIÓN \_\_\_\_\_ IGLESIA QUE FRECUENTA: \_\_\_\_\_

**MADRE**

APELLIDOS \_\_\_\_\_ NOMBRES \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aa) \_\_\_\_\_ CEDULA \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_ TEL. CASA \_\_\_\_\_

CELULAR \_\_\_\_\_ TEL. TRABAJO \_\_\_\_\_

DIRECCION DE RESIDENCIA \_\_\_\_\_

PROFESION \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN \_\_\_\_\_

LUGAR DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

RELIGIÓN \_\_\_\_\_ IGLESIA QUE FRECUENTA: \_\_\_\_\_



**COLEGIO DEL  
APOSTOLADO**

**SI LA PERSONA RESPONSABLE DEL ESTUDIANTE NO ES NI EL PADRE NI LA MADRE FAVOR DE  
SUMINISTRAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:**

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_ CEDULA: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

PARENTESCO: \_\_\_\_\_ MOTIVO POR QUE EL NIÑO VIVE CON ESTA  
PERSONA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **ESCOLARIDAD PREVIA**

COLEGIO ACTUAL \_\_\_\_\_ CIUDAD/PAIS \_\_\_\_\_

MOTIVO CAMBIO DE COLEGIO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**¿POR QUÉ HA ESCOGIDO USTED EL COLEGIO DEL APOSTOLADO PARA LA EDUCACIÓN DE SU HIJO (A)?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **FAMILIA APOSTOLINA**

¿TIENE HERMANOS EN EL COLEGIO DEL APOSTOLADO? \_\_\_\_\_ ¿EN QUE CURSO? \_\_\_\_\_

¿EL PADRE O MADRE DEL AULUMNO ES EGRESADO DEL COLEGIO?

\_\_\_\_\_

¿ALGUN MIEMBRO DE NUESTRA COMUNIDAD LE REFIRIO NUESTRO COLEGIO? FAVOR ESPECIFIQUE:

\_\_\_\_\_

FECHA DE SOLICITUD \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE \_\_\_\_\_

## **PROCESO DE ADMISIONES**

Los padres interesados en que sus hijos formen parte de nuestra institución educativa, deben completar el formulario de solicitud de admisión y depositar junto a los documentos requeridos, ya sea de forma presencial o por correo electrónico. Una vez recibida la información en el centro, será coordinada la entrevista con los padres y evaluación del estudiante. El día de la cita debe realizarse el pago de la prueba de admisión diagnóstica, que tiene un costo de **RD\$ 2,000.00** (no reembolsable).

Para los estudiantes de Nivel Inicial completamos un inventario de destrezas y habilidades acordes a su edad y curso. En Primaria y Secundaria las evaluaciones comprenden pruebas académicas (español, matemáticas e inglés) y pruebas psicológicas.

En un plazo no mayor a 5 días laborables les serán comunicados los resultados y posibles recomendaciones. Si es admitido(a), deben realizar un pago de **RD\$5,000.00** (no reembolsable), por concepto de Cuota de Nuevo Ingreso, en un plazo no mayor a 15 días luego de que la institución comunique los resultados a la familia. El pago de la matriculación debe realizarse de acuerdo al plan de pago seleccionado.

Formularios y documentos requeridos para la entrevista y evaluación:

1. Formulario de solicitud de admisión.
2. Formulario enfermería.
3. Acta de nacimiento original con fines escolares.
4. Reporte de notas del año actual y del anterior.
5. Formulario de recomendación o carta de buena conducta del colegio actual.
6. Copia cédula de los padres.

Al momento de formalizar la matriculación se requieren los siguientes documentos:

1. 2 fotos 2x2 recientes.
2. Certificado Médico y Examen de la vista.
3. Copia del Récord de vacunas.
4. Copia Fe de bautismo y certificado de Primera Comunión (si aplica).
5. Carta de saldo colegio anterior o histórico de pagos.
6. Traslado de matrícula / Certificado de escolaridad legalizado por el Distrito.
7. Certificado de Pruebas Nacionales (si aplica).

Para estudiantes extranjeros:

- En caso de que estos documentos hayan sido emitidos en un idioma diferente al español, deberán ser traducidos por un intérprete público autorizado.
- Los alumnos de 1er grado de Primaria en adelante, deben solicitar autorización de inscripción y la convalidación de estudios en el Ministerio de Educación Dominicano.
- Copia del pasaporte del alumno y de sus padres.

## 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](mailto: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](mailto: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

**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, extendiendo 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

**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 record de vacunación.**