



For Office Use Only: Date Received: _____
--

**Administration**

Mr. Jay Dunlap, President  
 Dr. Michelle Olson, Principal  
 Mr. Kam Ridley, Assistant Principal  
 Dr. Saatcioglu, Decano Academico

**BISHOP WARD**  
HIGH SCHOOL

708 N. 18th Street  
 Kansas City, KS 66102

**Admissions**

Mrs. Karina Martinez, Admissions  
 Phone: 913-371-1201  
 Or 913-371-6814  
 Website: www.wardhigh.org  
 Email: kmartinez@wardhigh.org

**2020-2021 Acuerdo de Matriculacion****Terminos y Condiciones de Matriculacion**

Nombre del Estudiante	Segundo Nombre	Apellido
-----------------------	----------------	----------

1. La matriculacion del estudiante para el año escolar 2020-2021 depende de la conclusion satisfactoria del año escolar actual.
2. El grado y la colocacion de clases esta determinada por la escuela y no constituye una parte de este contrato o sus renovaciones posteriors.
3. Bishop Ward retendra calificaciones, transcripciones, diplomas, y recomendaciones si la colegiatura y/o cuotas especificadas no son pagados. Asi mismo Bishop Ward reservara el derecho de no permitir que un estudiante asista a clase si la colegiatura y/cuotas estan atrasadas.
4. Se acuerda que todas las normas, y reglas, especificadas en el manual del estudiante de Bishop Ward High School se incorporen en este acuerdo de matriculacion.
5. El personal escolar tomara las medidas apropiadas en el caso de una emergencia medica, bajo las condiciones estipuladas en el formulario de liberacion de emergencias del estudiante.
6. Cualquier conducta de un estudiante de Bishop Ward considerada prejudicial para el estudiante, otros estudiantes, o la escuela misma por las autoridades escolares podria ser considerada causa suficiente para tomar una accion disciplinaria apropiada, incluyendo suspension y expulsion.
7. Como padre o guardian, entiendo que mi colaboracion con mi hijo/a es muy importante. Por lo tanto, me comprometo a lo siguiente:
  - Hare mi mejor esfuerzo para que mi hijo/a asista a la escuela a lo largo del ano escolar.
  - Yo proveere en el hogar un lugar y momento adecuado en el cual mi hijo/a pueda estudiar.
  - Revisare y analizare todos los informes de avance y calificaciones con mi hijo.
  - Me comunicare con mi hijo/a, maestros, consejeros, y administradores de hijo/a.
  - Servire como un ejemplo positivo en apoyo del cero tolerancia al uso ilegal de alcohol y drogas (es decir consumo de alcohol y fiestas sin supervision).

*Cero tolerancia significa que los estudiantes seran responsables de su comportamiento ilegal o que viole el codigo de conducta de la escuela.*

*Yo he leído y entendido los terminos establecidos en este acuerdo.*

Firma de Padre o Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Padre o Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

## Cuotas de Estudiantes

Dado que la colegiatura es menos que el costo actual de educacion, todos los estudiantes y sus padres necesitan participar en las actividades de recaudacion de fondos estudiantiles. Las recaudaciones atraves de estas actividades ayudan a balancear la diferencia entre la colegiatura y el costo actual de educacion.

Tenemos dos actividades cada año, una por semestre. La participacion de cada estudiante en estas actividades son un requisito de Bishop Ward High School.

---

### **Su estudiante puede pedir ayuda de ustedes mismos y otras personas para alcanzar su meta.**

Se puede pedir ayuda a miembros de su familia, amigos, vecinos, y personas de su comunidad para que les ayuden con una donacion la cual apoya su educacion y ayuda a alcanzar su obligacion monetaria. La oficina de desarrollo tambien puede ayudar a su estudiante a alcanzar su obligacion. Paquetes de colecta, folletos, sugerencias y recordatorios seran mandados a casa con su estudiante. Todo el dinero debera ser entregado en la fecha determinada dependiendo de cada actividad.

<b><u>Fecha</u></b>	<b><u>Cantidad Requerida</u></b> <b><u>(Por Estudiante)</u></b>
1er Semestre	\$110.00
2do Semestre	\$110.00

---

## Terminos y Condiciones

Si por alguna razon su estdiante no participa en las activides para recaudacion de fondos, los padres recibiran un aviso de la oficina de negocios indicando la cantidad de dinero que se debe de pagar a la escuela por familia.

Las boletas de calificaiones, records estudiantiles, y exámenes finales se retendran hasta que la cantidad debida haiga sido pagada.

Mi estudiante y yo apoyaremos y participaremos en los esfuerzos de recaudacion de fondos de Bishop Ward High School, durante la duracion de mi hijo en la escuela recaudando el monto especificado en este acuerdo.

*Yo he leído y entiendo los terminos establecidos en este acuerdo.*

\_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de Padre / Guardian

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre / Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Formulario de Informacion de Emergencia y Consentimiento Medico

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_ Año Escolar: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Pais de Origen: \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Telefono de Casa \_\_\_\_\_ Telefono Celular \_\_\_\_\_

1er Idioma: \_\_\_\_\_ Segundo Idioma: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Idioma \_\_\_\_\_ El Padre es guardian legal? SI NO

E-mail \_\_\_\_\_ Telefono de trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_ Idioma \_\_\_\_\_ La Madre es guardian legal? SI NO

E-mail \_\_\_\_\_ Telefono de trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

## Contactos de Emergencia:

1. \_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_

Telefono de casa/celular: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_

Telefono de casa/celular: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Doctor de la Familia: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Hospital de Preferencia: \_\_\_\_\_

## Historia Medica

Su estudiante tiene historial de educacion especial (exámenes, etc)?  SI  NO Ejemplos: IEP, 504, ESL/ELL, SIT, Title 1, Gifted

De ser asi, favor explicar: \_\_\_\_\_

Por ley estatal vacunas son requeridas para matriculacion. Su estudiante NO podra asistir a una escuela sin el record completo de vacunas. Porfavor obtenga una copia del record de vacunas de la escuela de su hijo/a previa, de su doctor o clinica.

Su estudiante a recibido todas las vacunas correspondientes?  SI  NO

Importante: Cuando fue la ultima vez que su estudiante recibio la vacuna contra el tetano? \_\_\_\_\_

**(la vacuna contra el tetano la reciben entre los 14-16 años de edad)**

1. Hay una historia de problemas cronicos de salud, como alergias, asma, o cualquier problema emocional o de la conducta que afectaria el estilo de aprender de el/la estudiante?  SI  NO De ser asi, favor de explicar: \_\_\_\_\_

2. Toma el/la estudiante medicamento regularmente?  SI  NO

3. Se contesto si, escriba que medicamentos son: \_\_\_\_\_

4. Debe tomar el medicamento durante horarios de escuela?  SI  NO

5. Requiere el/la estudiante un asiento especial en el salon de clase por alguna condicion medica?  SI  NO

6. Heridas o Debilidades Ortopedicas: Tiene su hijo/a una historia de problemas ortopedicos o heridas especificadas (pasado o presente) que podrian causar limitaciones o problemas al participar en los deportes/actividades de Educacion Fisica?  SI  NO De ser asi, favor de explicar: \_\_\_\_\_

7. Le da usted permiso al personal de Bishop Ward de dar Tylenol/Advil a su estudiante si es necesario?  SI  NO

Yo, \_\_\_\_\_, el padre/la madre o el guardian de el/la estudiante nombrado arriba, reconozco que como resultado de la participacion atletica o otra actividad relacionada con la escuela, tal vez un tratamiento medico de emergencia sea necesario. Ademas reconozco que tal vez el equipo de la escuela no pueda contactarme para el permiso de dar tratamiento de emergencia. Por la presente, yo consiento por adelantado mi autorizacion para tal tratamiento de emergencia, incluso asistencia en hospital, el cual se juzge necesario bajo las circunstancias ya existentes. Tambien doy permiso para que mi hijo/hija acompañe al equipo de deportes en los viajes y no hago a la escuela responsable en el caso de algun accidente o heridas sufridas rumbo a o rumbo de otra escuela, o durante la practica, cualquier evento relacionado con la escuela o una competencia inter escolar.

Firma de Padre o Guardian: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



BISHOP WARD  
HIGH SCHOOL

## *BISHOP WARD HIGH SCHOOL* **Forma de liberación de fotografías**

Por este medio doy mi consentimiento a Bishop Ward de usar la fotografía(s) de mis hijo(s) en sus publicaciones, incluyendo en los medios sociales y su sitio web, durante el tiempo que son estudiantes en Bishop Ward. Yo libero a **BWHS** y la Archidiócesis de Kansas City en Kansas de cualquier expectativa de confidencialidad o compensación por mis hijo(s) menores y mi persona. Yo también atestiguó que soy el padre o guardián legal de los niños mencionados abajo.

Yo entiendo que las fotografías/videos solo serán usadas en manera legal y en ningún momento mi hijo/hija o yo seremos representados en cualquier manera poco ética.

Firma del Padre/Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombres y Edades de los Estudiantes:

Nombres: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Marque esta casilla si no autoriza que utilicemos las fotos de su estudiante(s).