Jehovah - El Buen Pastor
LUTHERAN CHURCH
GOOD SHEPHERD
CHRISTIAN ACADEMY

# INFORMACIÓN ESTUDIANTIL

FY 25'-26'

**MARCH 2025**

**GOOD SHEPHERD CHRISTIAN ACADEMY**
**3740 W Belden Ave. Chicago, IL 60647**

## INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE(S)

Nombre del estudiante: _____

Grado: _____ Etnicidad:_____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del estudiante: _____

Grado: _____ Etnicidad:_____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del estudiante _____

Grado _____ Etnicidad:_____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección:
_____

Ciudad: _____ Código postal: _____

## INFORMACIÓN DEL LOS PADRES

Nombre del Padre #1:

_____

Teléfono residencial: _____ Teléfono celular:

_____

Teléfono del trabajo: _____

Nombre del Padre #2:

_____

Teléfono residencial: _____ Teléfono celular:

_____

Teléfono del trabajo: _____

## INFORMACIÓN IGLESIAL

# INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE(S)

Nombre de la iglesia de dónde vas:

_____

¿Has sido bautizado?: Círculo uno: Sí / No

¿Cuándo fuiste bautizado?: _____

¿Has recibido el sacramento del Altar (Comunión/Primera Comunión) ?: Círculo uno: Sí / No

¿Cuándo y dónde se recibió?: _____

¿Has recibido el sacramento de la confirmación?: Círculo uno: Sí / No

¿Cuándo y dónde se recibió?: _____

## INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

**Los padres siempre son contactados primero.**

Dos números de emergencia adicionales **que no sean los padres** deben estar en el archivo.

Nombre #1: _____

Teléfono: _____

Nombre #2: _____

Teléfono: _____

## INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE

***Esta sección debe actualizarse si la información de su hijo ha cambiado.***

¿Hay alguna condición médica o alergias a alimentos / animales que debamos tener en cuenta? ▢ Sí ▢ No

En caso afirmativo, por favor haga una lista de los niños y explíquelo.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

¿Su(s) hijo(s) está tomando algún tipo de medicamento? ▢ Sí ▢ No
En caso afirmativo, por favor haga una lista de los niños y explíquelo.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Nombre del médico:

_____

Dirección:

_____

Ciudad:_____ Estado:_____

Código postal:_____ Número de teléfono:_____

## AUTOADMINISTRACIÓN Y AUTO-TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS DURANTE EL HORARIO ESCOLAR

Cuando un niño debe tomar medicamentos durante el horario escolar, la escuela debe tener una solicitud formal en el archivo. No se administrará ningún medicamento sin la información debidamente completada. La escuela debe ser notificada por escrito de cualquier cambio en la medicación y debe indicar claramente cualquier precaución. Esta sección está orientada a permitir la autoadministración / autotransporte de medicamentos, incluidos los medicamentos para el asma y la diabetes. El horario escolar incluye el día de instrucción y todas las actividades antes y después de la escuela.

Yo, _____ doy permiso para mi hijo(a), _____

**(Nombre del padre/guardián)** **(Nombre del hijo(a))**

para llevar a cabo la persona y auto administrarse

_____

**(Nombre de los medicamentos)**

según las indicaciones del médico/enfermero practicante designado que supervisa su atención. He adjuntado el nombre del proveedor de atención médica designado, la información de contacto, la dosis y la hora de administración, y la copia de la receta. (No se requiere receta médica para la administración de analgésicos. Ver más abajo)

En el caso de los medicamentos para el asma: Además de lo anterior, la escuela requiere un plan de acción para el asma de los padres o tutores de un alumno con asma. Se recomienda que el plan de acción para el asma sea proporcionado por un proveedor de atención médica.
En el caso de los medicamentos para la diabetes: Además de lo anterior, la escuela requiere un médico firmado. plan de cuidado de la diabetes de los padres o tutores de un alumno con diabetes.
Cuando sea razonablemente posible, un miembro del personal de la escuela observará la autoadministración de medicamentos.

Se entiende que, si bien son altamente deseables, las circunstancias limitan la capacidad del personal escolar para observar la autoadministración de medicamentos. El miembro del personal debe observar cualquier autoadministración de medicamentos para la diabetes.

Aspirina y medicamentos similares;

1. Normalmente se desaconseja el uso de aspirina y medicamentos similares durante el horario escolar.
2. Cuando las circunstancias apoyen el autotransporte y la autoadministración de aspirina o similar medicación durante el horario escolar, el padre debe:
1. Enviar formulario, autoadministración y autotransporte de medicamentos durante el horario escolar
2. Doy permiso para que mi hijo se auto administre los siguientes analgésicos. (Por favor, seleccione todo que aplican)

_____Tylenol/Acetaminofén _____Ibuprofeno

A los estudiantes, tras la presentación de una nota al maestro, se les permite auto administrarse y auto cargo de pastillas para la tos / pastillas para la garganta.

Entiendo que Good Shepherd Christian Academy y su personal no incurren en ninguna responsabilidad (excepto por conducta deliberada y sin sentido) como resultado de las lesiones incurridas cuando se administra el medicamento designado.

_____ _____
(Firma del padre/Guardián) (Fecha)

# AUTORIZACIÓN DE RECOGIDA DE ESTUDIANTES

**PERMISO PARA RECOGER A UN ESTUDIANTE**

**Esta sección debe completarse para todos los** estudiantes **de grado que serán recogidos por alguien que no sea sus padres.**

Nombre #1: _____ Relación:

_____

Dirección: _____

# INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE(S)

Ciudad: _____Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____

Nombre #2: _____ Relación:

_____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado:_____ Código Postal:_____

Número de teléfono: _____

Nombre #3: _____ Relación:

_____

Dirección: _____

Ciudad:_____ Estado:_____ Código Postal:_____

Número de teléfono: _____

Yo, _____, doy _____ permiso para caminar solo a casa.
**(Padre/Guardián)** **(Nombre del niño(s))**

**Entiendo que a nadie se le permitirá recoger a mi hijo si su nombre no aparece en este formulario. Solo los adultos enumerados en este formulario, para quienes he dado permiso, pueden recoger a mis estudiantes, independientemente si viven en el mismo hogar o no.**

Nombre del padre/Guardián: _____

Firma del padre/Guardián: _____ Fecha: _____

# PERMISO PARA EXCURSIONES A PIE

**Esta hoja de permiso le permite a su(s) hijo(s) dar paseos de clase con sus maestros durante todo el año escolar alrededor del vecindario de Good Shepherd Christian Academy. (e.g. Chicago Public Library, Mozart Park, etc.).**

Mi(s) Hijo(s):

_____
(nombre completo)

_____
(nombre completo)

_____
(nombre completo)

_____
(nombre completo)

tiene permiso para dar paseos por el vecindario con sus maestros durante cada año escolar.

Nombre del padre/guardián: _____

Firma del padre/guardián: _____ Fecha:

_____

_____
**(Family Name)**

**GOOD SHEPHERD CHRISTIAN ACADEMY**
**3740 W BELDEN AVE.**
**CHICAGO, IL 60647**

# CONVENIO DE MATRÍCULA 2025-2026

*(El pago se debe el primer* día *de cada mes).*

**1.) Acepto pagar 9 pagos mensuales de matrícula. _____**
***(Iniciales del padre)***

**Por favor, inicial a la izquierda del acuerdo de su elección:**

_____ 1 Niño a **$ 267** / **mes** por 9 pagos **mensuales** de matrícula. **($2,400 anual)**

_____ 2 Niños a $ **427** / **mes** por 9 pagos **mensuales** de matrícula. **($3,840 anual)**

_____ 3 Niños a **$ 507** / **mes** por 9 pagos **mensuales** de matrícula. **($4,560 anual)**

Fecha de inicio del pago mensual: **August 1, 2025** Fecha de finalización del pago mensual: **April 1, 2026**

**2.) Acepto pagar 12 pagos mensuales de matrícula _____**
***(Iniciales del padre)***

**Por favor, inicial a la izquierda del acuerdo de su elección:**

_____ 1 Niño a **$200/ mes** por **12** pagos **mensuales** de matrícula. **($2,400 anual)**

_____ 2 Niños a **$320/mes** por **12** pagos **mensuales** de matrícula. **($3,840 anual)**

_____ 3 Niños a **$380 /mes** por **12** pagos **mensuales** de matrícula. **($4,560 anual)**

Fecha de inicio del pago mensual: **August 1, 20215** Fecha de finalización del pago mensual: **August 1, 2026**

**3.) Yo _____, agree to pay _____ monthly Tuition payments.**
***(Nombre del padre)***

**Por favor, inicial a la izquierda del acuerdo de su elección:**

_____ 1 Niño a **$_____/ Mes** para _____ pagos **mensuales** de matrícula. **($_____ Anual)**

_____ 2 Niños a **$_____/Mes** para _____ pagos **mensuales** de matrícula. **($_____ Anual)**

_____ 3 Niños a **$_____/Mes** para _____ pagos **mensuales** de matrícula. **($_____ Anual)**

**Fecha de inicio del pago mensual: _____ Fecha de finalización del pago mensual:**

# INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE(S)

_____

Nombre del padre/Guardian:_____ Fecha: _____

Firma GSCA:_____ Fecha: _____