



## INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante

---

<i>Apellido</i>	<i>Primer nombre</i>	<i>Segundo Nombre</i>
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de Nacimiento	Número social (SSN)
Grado entrante para 2021-2022		Edad del alumno en Septiembre 1, 2021

---

---

Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------	--------	--------	---------------

Tiempo de residencia en esta dirección

¿El estudiante es pariente de algún estudiante actualmente o anteriormente inscrito en la Escuela de la Catedral de Santa María?  Sí  No

Nombre del pariente(s)

---

Indique el distrito escolar al cual pertenece su familia

Austin  Del Valle  Hays  Leander  
 Manor  Pflugerville  Round Rock  Otro

Nombre de la escuela pública que le corresponde:

Idioma(s) hablado en casa

---

Con fines estadísticos, por favor indique su etnicidad y raza. (Las categorías fueron tomadas del Censo de EEUU)

Etnicidad  Hispano  No-Hispano

Raza  Indígena de los EEUU  Asiático  Afroamericano  
 Hawaiano Nativo  Anglo-Americano  Dos o más razas

## INFORMACIÓN ACADÉMICA

**Nombre de escuela anterior:**

Ciudad	Estado	Fechas y grados atendidos
--------	--------	---------------------------

**Nombre de escuela anterior**

Ciudad	Estado	Fechas y grados atendidos
--------	--------	---------------------------

¿Alguna vez ha sido expulsado o le han pedido que se salga de alguna escuela? Por favor escriba la razón

**Favor de indicar cualquier consideración especial de su hijo/a.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguna   | <input type="checkbox"/> Tiene diagnóstico de ADD o ADHD |
| <input type="checkbox"/> Tiene un diagnóstico de aprendizaje diferencial | <input type="checkbox"/> Ha recibido educación especial  |
| <input type="checkbox"/> Requiere medicamento diario de cualquier tipo   | <input type="checkbox"/> Tiene una incapacidad física    |
| <input type="checkbox"/> Ha participado en programa bilingüe             | <input type="checkbox"/> Ha recibido apoyo psicológico   |
| <input type="checkbox"/> Se le ha diagnosticado un trastorno de conducta | <input type="checkbox"/> Otro _____                      |
| <input type="checkbox"/> Ha recibido terapia del habla                   |  |

Si el estudiante ha sido diagnosticado con aprendizaje diferencial, ¿cuáles fueron las modificaciones recomendadas?

Por favor escriba todos los medicamentos que el estudiante está tomando actualmente.

## INFORMACIÓN DE LOS SACRAMENTOS

	Bautismo	Reconciliación	Primera Comunión	Confirmación
Fecha	____/____/____ <i>mm dd yyyy</i>	____/____/____ <i>mm dd yyyy</i>	____/____/____ <i>mm dd yyyy</i>	____/____/____ <i>mm dd yyyy</i>
Parroquia				
Ciudad, Estado				

## ESTADO PARROQUIANO

### Religión del estudiante

- Nuestra familia está registrada con la parroquia En:
- Nuestra familia no es católica y/o no estamos registrados con ninguna parroquia.

## INFORMACIÓN FAMILIAR

### Estado civil de los padres

- Casados                       Separados                       Divorciados\*                       Padre vuelto a casar\*
- Madre vuelta a casar\*     No Casados

### El estudiante vive con

- Madre y Padre                       Madre                       Padre
- Tutor Legal, Relación                       Otro

*\*Si los padres están divorciados o están legalmente separados, entregue una copia certificada del mandato judicial.*

- Enviar correspondencia a     Padre y Madre     Madre     Padre
- Tutor Legal, Relación \_\_\_\_\_

## PADRE / TUTOR LEGAL

## MADRE / TUTORA LEGAL

- Sr.                       Dr.                       Fallecido

- Sra.                       Dra.                       Fallecida

Nombre y Apellido

Nombre y Apellido

Dirección

Dirección

Cont. dirección

Cont. dirección

Fecha de Nacimiento

Fecha de Nacimiento

Numero de celular

Número de celular

Licencia de manejo #

Licencia de manejo #

Lugar de trabajo

Lugar de trabajo

Ocupación

Ocupación

Numero de tel. de trabajo

Número de tel. de trabajo

Correo electrónico

Correo electrónico

Religión

Religión

**PADRASTRO****MADRASTRA** Sr.       Dr.       Fallecido Sra.       Dra.       Fallecida

Nombre y Apellido

Nombre y Apellido

Dirección

Dirección

Cont. dirección

Cont. dirección

Fecha de Nacimiento

Fecha de Nacimiento

Numero de celular

Número de celular

Licencia de manejo #

Licencia de manejo #

Lugar de trabajo

Lugar de trabajo

Ocupación

Ocupación

Numero de tel. de trabajo

Número de tel. de trabajo

Correo electrónico

Correo electrónico

Religión

Religión

Enumere todos los niños de la familia, incluyendo el solicitante, por fecha de nacimiento.

Nombre	Sexo	Edad	Fecha de nacimiento	Grado Actual	Escuela Actual

910 SAN JACINTO BLVD., AUSTIN, TEXAS 78701

(512) 476-1480 • [WWW.SMCSCHOOLAUSTIN.ORG](http://WWW.SMCSCHOOLAUSTIN.ORG)

FAX (512) 476-9922

E-MAIL SCHOOL@SMCAUSTIN.ORG