

# PAQUETE DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO 2026-2027

## *Christ the Teacher* CATHOLIC SCHOOL



La Escuela Católica Christ the Teacher es una escuela llena de fe que colabora con las familias y la comunidad para formentar a todos los estudiantes en el desarrollo de su identidad católica, un alto rendimiento académico y una ciudadanía responsable a través del servicio a los demás.

**Horario de oficina durante el año escolar: Lunes—Viernes 7:30 AM—4:00 PM**

**Horario de clases: Lunes - Viernes 8:00AM—3:00PM**

**5508 W. Chestnut Ave, Yakima, WA 98908 | Teléfono: (509) 575-5604 | Fax: (509) 575-5605**



# Escuela Católica Christ the Teacher

## Inscripción Escolar

2026-2027

Tradición de Educación de Calidad

### **Información Estudiantil:**

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ S.I. \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de Envió: \_\_\_\_\_

Dirección Física: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Grado Entrante: \_\_\_\_\_ M/F: \_\_\_\_\_ Sobrenombre: \_\_\_\_\_

Etnicidad:      Caucásico      Hispano/Latino      Nativo Americana or Nativo de Alaska      Asiático

Religion:      Católico      Protestante      Luterana      Bautista      Presbiteriana      Metodista  
Sin-denominacion      Otro: \_\_\_\_\_

Iglesia Asistiendo: \_\_\_\_\_

Escuela Antes Atendida: \_\_\_\_\_

### **Information Familiar:**

**Nombre de Padre (Primero, S.I., Apellido):** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ocupación Y Empleador: \_\_\_\_\_

#Trabajo: \_\_\_\_\_ #Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Nombre de la Madre (Primero, S.I., Apellido):** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ocupación Y Empleador: \_\_\_\_\_

#Trabajo: \_\_\_\_\_ #Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### **Contacto De Emergencia Y Persona(s) Permitido Recoger de la Escuela/base:**

1. \_\_\_\_\_ #Telefono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ #Telefono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ #Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Firma de padre de Familia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha De Inscripción: \_\_\_\_\_ Fecha De Terminación: \_\_\_\_\_



# Escuela Católica Christ the Teacher

## Inscripción Escolar

2026-2027

Tradición de Educación De Calidad

### Persona(s) NO PERMITIDAS a tener acceso a mi hijo:

1. \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**\*\*Si existe una order de restricción, se requiere documentación\*\***

### Sacramentos:

Día de Bautismo: \_\_\_\_\_ Realizada por: \_\_\_\_\_

Iglesia Y Ciudad: \_\_\_\_\_

Día de Reconciliación: \_\_\_\_\_ Realizada por: \_\_\_\_\_

Iglesia Y Ciudad: \_\_\_\_\_

Día de Primera Comunión: \_\_\_\_\_ Realizada por: \_\_\_\_\_

Iglesia Y Ciudad: \_\_\_\_\_

### **Información Medica**

Por la presente, doy permiso para que mi hijo reciba tratamiento de emergencia (Primeros Auxilios, CPR) por un miembro calificado del personal de Christ the Teacher Escuela Católica:

Firma del Padre: \_\_\_\_\_

Doy permiso en caso de una emergencia medica, incluida una cirugía de emergencia, si yo no puedo ser contactado, para el tratamiento por el medico mencionado a continuación, o la sala de emergencias en \_\_\_\_\_ hospital.

Firma Del Padre: \_\_\_\_\_

Doctor/Nombre de la Clinica: \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Dentista/ Nombre de la Clinica: \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Fecha de ultimo físico del estudiante: \_\_\_\_\_

Enumere TODOS los problemas medicos: \_\_\_\_\_

Enumeré TODAS las actividades restringidas y/o preocupaciones de salud: \_\_\_\_\_

Enumere TODOS los medicamentos/dosis necesarios diariamente durante la escuela: \_\_\_\_\_

Firma de padre de Familia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha De Inscripción: \_\_\_\_\_ Fecha De Terminación: \_\_\_\_\_



# Escuela Católica Christ the Teacher

## Inscripción Escolar

2026-2027

Tradición de Educación De Calidad

### **Alergias:**

Medicamento /Comida/Picaduras de Abeja/Otro: \_\_\_\_\_

-Lista de Reacciones: \_\_\_\_\_

-Lista de Medicamentos: \_\_\_\_\_

Enumere cualquier información medica importante que necesitemos conocer: \_\_\_\_\_

Se ha prescrito Epi-pen (S/N): \_\_\_\_\_

**Asma:** Por favor indique el nivel que aplique a su estudiante.

\_\_\_\_\_ Severo: Adicional a medicamentos orales diariamente, mi hijo usa un a nebulizador &/o inhalador diariamente.

\_\_\_\_\_ -Lista de Medicamentos:

\_\_\_\_\_ Moderado: Requiere medicamento diario para controlar la condición, necesitara inhalador ocasionalmente.

\_\_\_\_\_ -Lista de Medicamentos:

\_\_\_\_\_ Leve: Requiere medicamento ocasionalmente, como el brote de un resfriado &/o alergias estacionales.

\_\_\_\_\_ -Lista de Medicamentos:

### **Diabitis:**

\_\_\_\_\_ Tipo 1: Dependiente de Insulina

\_\_\_\_\_ Tipo 2: Controlado con dieta

\_\_\_\_\_ -Requiere Insulina/auto administrado (S/N) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ -Medicamento Oral (Hipoglucemiante) (S/N) \_\_\_\_\_

Condición del Corazón: \_\_\_\_\_

Condición de la Sangre: \_\_\_\_\_

Desordenes Digestivos: \_\_\_\_\_

Perdida de la Audición: \_\_\_\_\_

Desorden Neurológico (C.P., Hidrocefalia): \_\_\_\_\_

Problemas Ortopédico (Artritis, MS): \_\_\_\_\_

Condiciones Respiratorias: \_\_\_\_\_

Convulsiones (Epilepsia): \_\_\_\_\_

Otra Condición: \_\_\_\_\_

Medicamento (s) para la Condición mencionada: \_\_\_\_\_

Firma de padre de Familia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha De Inscripción: \_\_\_\_\_ Fecha De Terminación: \_\_\_\_\_

Inscripción Escolar

2026-2027

## Permisos Escolar

[ ] Doy permiso para que mi(s) hijo(s) sea fotografiado(s) (incluyendo fotos fijas, fotos digitales y grabaciones de video) durante las actividades y/o funciones de la escuela. Entiendo que estas fotografías pueden ser utilizadas en publicaciones para la Escuela Católica Cristo Maestro, la Fundación Monseñor Ecker, la Diócesis de Yakima y/o las estaciones de televisión locales.

[ ] Doy permiso para que mis hijos usen computadoras en el salón de clases y accedan a Internet. Entiendo que mi hijo debe seguir las reglas establecidas por Cristo, la Administración de la Escuela Católica Maestra.

Firma de los Padres: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_