

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 fomentar 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



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 Envío: _____

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-denominación 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. _____ #Teléfono: _____

Dirección: _____ Relacion: _____

2. _____ #Teléfono: _____

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

Nombre: _____

Fecha De Inscripción: _____

Fecha De Terminación: _____

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

1. _____ Relación: _____
2. _____ Relación: _____

****Si existe una orden 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 parent de Familia: _____ Fecha: _____



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 refriado &/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 (Hipoglucemiano) (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 parent de Familia: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Fecha De Inscripción: _____

Fecha De Terminación: _____

Inscripción Escolar

2026-2027

Permisos Escuelar

- 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: _____