



# Holy Name of Jesus Catholic School 2024-2025 Tuition & Fee Information

**By signing below I acknowledge that I know the tuition and fees for the 2024-25 school year BEFORE financial aid. I also know that any financial aid awarded will only apply to tuition.**

Parents/Guardians:

---

Address:

---

City:

State:

Zip:

Home Phone:

---

## **Tuition Rates:**

Grade	1 Child	2 Children	3 Children
K-8	\$4650	\$ 9300	\$ 13,950
Preschool	\$5375	\$10,750	\$16,125

*\*Tuition Assistance is not available for Preschool students.*

## **Fees:**

### **Enrollment Fee**

Enrollment Fee	PER STUDENT
March 1 <sup>st</sup> – April 30 <sup>th</sup>	\$75
May 1 <sup>st</sup> – August 31 <sup>st</sup>	\$100

### **Resource Fee**

Resource Fee	
1 student	\$200
2 or more students	\$275

### **FACTS Fees**

FACTS Grant & Aid	\$30
FACTS Tuition Management	\$50

**\*\* If you choose to withdraw from Holy Name these fees are non-refundable.**

Signature:

Date:

---

Holy Name Catholic School  
Formulario de inscripción Familiar

Año escolar: \_\_\_\_\_ Apellido de la familia: \_\_\_\_\_

Marque:  Nuevo o  Familia que regresa

Familia Afiliación religiosa: \_\_\_\_\_ Parroquia: \_\_\_\_\_

**Información de La Casa**

Estado paterno:  Casado  Separado  Divorciado  Volvido a casarse  Soltero  Viudo/Viuda  Otros

Estudiantes viven con:  Madre  Padre  Madre/Padrastro  Padre/Madrastra  Abuelos  Otro

Idioma que se habla en casa:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

Escriba la dirección de las personas con quienes viven los estudiantes.

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Otro teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_  Excluir el correo electrónico del directorio escolar

Si la dirección de correo electrónico de la familia sería la misma que la dirección de correo electrónico del padre o la madre, deje este espacio en blanco.

Excluir a la familia del directorio de la escuela

Excluir la dirección del directorio de la escuela

Padre

Madre

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Excluir el celular del padre del directorio escolar

Excluir el celular de la madre del directorio escolar

Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Excluir el correo electrónico del directorio escolar

Excluir el correo electrónico del directorio escolar

Religión: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

Otros niños que viven en este hogar

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Otros adultos que viven en este hogar

**Transporte**

Indique a cualquier otra persona que pueda recoger a sus estudiantes.

**Contactos de Emergencia**

Enumere a las personas que pueden ser contactadas en caso de una emergencia si el padre/tutor no está disponible.

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre 2: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_

**Información Médica**

Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dentista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_

Si una segunda familia debe recibir información de la escuela, ingrese esa información a continuación.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el/los estudiante/s: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Comentarios: Ingrese cualquier comentario adicional sobre su familia que crea que la escuela debería tener. \_\_\_\_\_

Firma del Padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Solo para uso de oficina:**

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_ Cuota pagada: \_\_\_\_\_

Recibida por: \_\_\_\_\_ Cheque # \_\_\_\_\_ Efectivo \_\_\_\_\_

Holy Name Catholic School  
Formulario de Inscripción del Estudiante

Año escolar: \_\_\_\_\_  Nuevo o  Estudiante actual . Grado en el que se inscribe: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre preferido: \_\_\_\_\_ Apellido de la familia: \_\_\_\_\_

Masculino  Femenino Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Católico:  Sí  No Ciudad y estado de nacimiento: \_\_\_\_\_

Vive con:  Ambos padres  Madre  Padre  Madre / padrastro  Padre / madrastra

Abuelos  Otro \_\_\_\_\_

Las pautas federales requieren que registremos la raza / origen étnico de cada niño. Debe responder a la siguiente pregunta y luego indicar su raza. El hispano se considera una etnia y no un grupo racial. Si es de origen hispano, también debe seleccionar un grupo racial.

¿Es usted hispano / latino o de origen español?  Sí  No

Seleccione uno o más de los siguientes grupos raciales:

Indio americano / nativo de Alaska  Asiático  Negro / afroamericano  Nativo de Hawái / de las Islas del Pacífico  Blanco

Escuela anterior a la que asistió: \_\_\_\_\_

Escuela de primaria pública y área del distrito: \_\_\_\_\_

¿Tiene este estudiante un IEP?  Sí  No En caso afirmativo, necesitaremos una copia para nuestros registros.

**Información médica:**

Medicamentos que toma este estudiante: \_\_\_\_\_

Enumere los problemas de salud de este estudiante aquí: \_\_\_\_\_

Enumere las alergias de este estudiante: \_\_\_\_\_

¿Podemos darle Tylenol a este estudiante?  Sí o  No Advil?  Sí o  No Midol?  Sí o  No

Benadryl?  Sí o  No TUMS?  Sí o  No

Podemos darle medicamentos recetados a este estudiante?  Sí o  No (El personal de la escuela debe tener el consentimiento de los padres y la orden de un médico para dispensar medicamentos. El nombre del niño y la dosis deben estar en el frasco de prescripción.)

**Comentarios:** Ingrese aquí cualquier comentario adicional sobre este estudiante.

Si el estudiante es católico, ingrese la siguiente información si no la ha enviado previamente.

Fecha de bautismo: \_\_\_\_\_ Parroquia: \_\_\_\_\_

Fecha de primera reconciliación: \_\_\_\_\_ Parroquia: \_\_\_\_\_

Fecha de primera comunión: \_\_\_\_\_ Parroquia: \_\_\_\_\_

Fecha de confirmación: \_\_\_\_\_ Parroquia: \_\_\_\_\_



**REGISTRO MÉDICO PARA TODOS LOS NIÑOS DE LAS GUARDERÍAS,  
INCLUYENDO LOS PROPIOS NIÑOS DEL PROVEEDOR**

Los padres tienen que llenar el registro médico y el historial de vacunas de cada niño en una guardería con licencia. El registro médico, el historial de vacunas y la evaluación de salud del niño son transferibles cuando el niño se cambia a otra guardería con licencia.

Primer día del niño en la guardería \_\_\_\_\_ Nombre de la guardería \_\_\_\_\_

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido Mes/día/año M/F

**Información del padre/tutor**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección del domicilio \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Cód. postal

Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Número de celular \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Mejor modo de comunicarse \_\_\_\_\_

**Información del padre/tutor**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección del domicilio \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Cód. postal

Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Número de celular \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Mejor modo de comunicarse \_\_\_\_\_

**Personas autorizadas a recoger al niño o a notificar en caso de emergencia (diferente de los padres):**

Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

Médico del niño \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Dentista del niño \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Hospital de preferencia (para emergencias) \_\_\_\_\_

¿Su médico ha aprobado el uso de alguna medicina sin receta para su niño, tal como acetaminofén, jarabe para la tos, o pomadas que el personal de la guardería le puede dar?  No  Sí, aprobó lo siguiente: \_\_\_\_\_

Alguna alergia o condición médica del niño: \_\_\_\_\_

Algún cambio mayor en el hogar que podría afectar a su niño en la guardería: \_\_\_\_\_

Por favor, proporcione información adicional o instrucciones especiales que ayuden a la persona que cuida a su niño: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Historial de vacunas

Requerido para todos los niños en la guardería, incluyendo los propios niños del proveedor. Se puede sustituir este formulario por un Certificado de Vacunas de Kansas (KCI, por sus siglas en Inglés) y adjuntarlo al Registro médico que se ha llenado.

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido Mes/día/año

**Sección I. Para obtener un cronograma recomendado de vacunas, refiérase al cronograma actual publicado por el Comité Consultivo de Prácticas de Vacunas (ACIP, por sus siglas en inglés).**

Vacuna	Anote el mes, día y año en que se recibió cada dosis de vacuna					
	1 <sup>ra</sup>	2 <sup>da</sup>	3 <sup>ra</sup>	4 <sup>ta</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
Difteria, Tétanos, Tos convulsiva (DTaP)						
Poliomielitis (IPV/OPV)						
Sarampión, Paperas, Rubeola (MMR)						
Hepatitis B (HepB)						
Varicela (VAR)			Historial de la enfermedad:		Fecha de la enfermedad:	
Influenza Hemophilus Tipo B (Hib)						
Vacuna neumocócica conjugada (PCV)						
Hepatitis A (HepA)						
Rotavirus **Recomendada para menores de 8 meses de edad. No es obligatoria						
Influenza (gripe) ** Recomendada para mayores de 6 meses de edad anualmente. No es obligatoria						

**Sección II.**

Llene esta sección solamente si su niño está exonerado de la ley que requiere la vacunación [K.S.A. 65-508(g)].

Las dos siguientes opciones son las **ÚNICAS** exoneraciones que permite la ley. **Por favor, marque (A) o (B) en la parte inferior y llene tal como se requiere:**

(A) **Certificación de un médico licenciado declarando que la vacuna pondría en riesgo la vida del niño:**  
 Exonerado de las siguientes vacunas:

\_\_\_\_DTaP/DT \_\_\_\_Tdap/TD \_\_\_\_ Sólo tos convulsiva \_\_\_\_ Polio \_\_\_\_ MMR \_\_\_\_ HepA \_\_\_\_ HepB \_\_\_\_ Hib  
 \_\_\_\_ PCV \_\_\_\_ Varicela \_\_\_\_ Otra

**Firma del médico (obligatoria):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

(B) **Mi niño está exonerado de la ley que requiere la vacunación. Como padre o tutor legal, declaro que soy miembro de una denominación religiosa cuyas enseñanzas están opuestas al uso de las vacunas.**

**Sección III.**

**Firma del padre/tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

### Evaluación de salud del niño

El formulario de *Evaluación de salud del niño* debe ser llenado y firmado por un enfermero(a) aprobado por KDHE para llevar a cabo evaluaciones de salud a niños o por un médico licenciado. Si un médico asistente (PA, por sus siglas en inglés) llena la *Evaluación de salud del niño*, se requiere que se incluya la firma de un médico licenciado autorizando al PA, en la parte inferior de este formulario.

Se requiere que la *Evaluación de salud del niño* sea hecha en un formulario KDHE u otro formulario aceptable mencionado más adelante y que se le haga a todos los niños, incluyendo a los niños del proveedor(a) o del personal en las Guarderías en casa con licencia, Guarderías de grupo en casa con licencia, Guarderías con licencia y Centros pre-escolares con licencia. Son aceptables el formulario de evaluación «Kan-Be-Healthy» de KDHE, el formulario de evaluación de un médico y el formulario de evaluación de una escuela para los niños de edad escolar o menores. El formulario de evaluación de salud usado debe adjuntarse al formulario de Registro médico KDHE (CCL. 029).

**Nombre del niño** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_  
 Nombre Apellido Mes/día/año

Historial de salud e información médica necesaria para llevar a cabo la rutina de la guardería y para emergencias (describa, si hay alguna): <input type="checkbox"/> Ninguna	¿Usted ve a este niño para su supervisión regular de salud?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alergia a alimentos o medicina (describa, si hay alguna): <input type="checkbox"/> Ninguna	
Enumere las medicinas actuales (si hay alguna): <input type="checkbox"/> Ninguna	

Talla/Altura: _____ PULG/CM Percentil % _____	Peso: _____ LB/KG Percentil % _____
<b>Examen físico</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Si es normal <input type="checkbox"/> Si es anormal – Comentarios
Cabeza/Oídos/Ojos/Nariz/Garganta	
Dientes	
Cardio/respiratorio	
Abdomen/gastrointestinal	
Genitales/Pechos	
Extremidades/Articulaciones/Espalda /Pecho	
Piel/Ganglios linfáticos	
Neurológico y de desarrollo	
<b>Pruebas de detección</b>	<b>Fecha de prueba</b> <b>Anote aquí si los resultados están pendientes o son anormales</b>
Plomo	
Anemia (HGB/HCT)	
Análisis de orina (UA)	
Audición	
Visión	
Problemas de salud o necesidades especiales, tratamiento recomendado/medicina/cuidado especial (Adjunte hojas adicionales si fuese necesario) <input type="checkbox"/> Ninguno	
Firma de un médico licenciado o enfermero(a) aprobado para hacer evaluaciones de salud a niños	Fecha
Escriba en letra de imprenta el nombre de la persona que firma en la parte superior	Teléfono
Dirección	Ciudad
	Código postal

### Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas

Oficina de Salud Familiar  
1000 SW Jackson, Suite 200  
Topeka, KS 66612-1274  
Programa de Guarderías: 785-296-1270 Fax: 785-559-4244  
Página Web: [www.kdheks.gov/kidsnet](http://www.kdheks.gov/kidsnet)



#### AUTORIZACIÓN PARA CUIDADO MÉDICO DE EMERGENCIA

Para tratamiento médico de emergencia se debe contar con un permiso por escrito archivado en la guardería. Consulte con el servicio médico de emergencia local para asegurarse de que este formulario sea aceptable. Referencia Reglamento de Guarderías K.A.R. 28-4-127(b)(1)(A). Referencia Reglamento de Guarderías para Programas de Edad Escolar K.A.R. 28-4-582(e)(2).

Nombre exacto de la guardería, tal como figura en la licencia. <u>Holy Name Preschool + Child Care Center</u>	Licencia # <u>0237-007</u>
--	-------------------------------

Autorizo a Angelina Thomas + Randy Smith (proveedor de cuidados/miembro del personal), que es/son representante(s) de la guardería mencionada en la parte superior para dar consentimiento a todo y cualquier cuidado médico de emergencia que sea necesario para mi niño o joven \_\_\_\_\_ (nombre y apellido del niño) mientras el niño o joven se encuentre en custodia de la guardería, entre August 2024 y May 2025.  
mes/día/año mes/día/año

¿Tiene el niño cobertura de seguro de salud?  Sí  No

Si lo tiene, llene lo siguiente:

Nombre de la póliza de seguro de salud \_\_\_\_\_ Número de la póliza \_\_\_\_\_  
Programa de asistencia médica \_\_\_\_\_ Número de tarjeta \_\_\_\_\_  
Número de identificación de tarjeta médica militar \_\_\_\_\_

Si lo sabe, fecha de la última vacuna contra el Tétanos: \_\_\_\_\_  
mes/día/año

Enumere todas las alergias conocidas u otra información acerca de las condiciones médicas de este niño o joven, que sean pertinentes en caso de emergencia:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor	Fecha de la firma
-------------------------	-------------------

Testigo de la firma del padre o tutor, si así lo requiere el hospital o la clínica local.	Fecha de la firma
---	-------------------

Notarización de la firma del padre o tutor, si así lo requiere el hospital o la clínica local.

<u>Estado de Kansas</u> Condado de _____ Firmado en mi presencia en esta fecha _____ por _____ mes/día/año Nombre de la persona (Sello, si lo hubiera)  _____ Firma del notario público  _____ Título (y rango) Mi designación termina en: _____
---





**FORMULARIO DE PERMISO DE LOS PADRES PARA SALIDAS FUERA DE LA GUARDERÍA**

Nombre de la guardería (exactamente como figura en la licencia)			Licencia #	
Holy Name Preschool + Child Care Center			0237-007	
Dirección de la guardería	Ciudad	Código postal	Condado	
1007 Southwest Boulevard	Kansas City	66103	Wyandotte	

\_\_\_\_\_ puede ir a los siguientes lugares fuera de la guardería **con** supervisión adulta:

**Nombre y apellido del niño o joven**

Lugar	Dirección	Ciudad	En vehículo	A pie/En bicicleta
Holy Name Church	1007 SW Blvd	KC	-	a pie
Firma del padre o tutor			Fecha de la firma	

Lugar	Dirección	Ciudad	En vehículo	A pie/En bicicleta
Holy Name Cafeteria	1007 SW Blvd	KC	-	a pie
Firma del padre o tutor			Fecha de la firma	

Lugar	Dirección	Ciudad	En vehículo	A pie/En bicicleta
Holy Name Modulars	1007 SW Blvd	KC	-	a pie
Firma del padre o tutor			Fecha de la firma	

Lugar	Dirección	Ciudad	En vehículo	A pie/En bicicleta
Firma del padre o tutor			Fecha de la firma	

Lugar	Dirección	Ciudad	En vehículo	A pie/En bicicleta
Firma del padre o tutor			Fecha de la firma	

Lugar	Dirección	Ciudad	En vehículo	A pie/En bicicleta
Firma del padre o tutor			Fecha de la firma	

Lugar	Dirección	Ciudad	En vehículo	A pie/En bicicleta
Firma del padre o tutor			Fecha de la firma	