



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	\$4680	\$ 9360	\$ 14,040
Preschool	\$5377	\$10,754	\$16,131

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

Fees:

Enrollment Fee

Enrollment Fee	PER STUDENT
March 1 st – April 30 th	\$75
May 1 st – August 31 st	\$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

Información del padre/tutor

Nombre _____

Nombre _____

Dirección del domicilio _____
Calle Ciudad Cód. postal

Dirección del domicilio _____
Calle Ciudad Cód. postal

Teléfono de casa _____

Teléfono de casa _____

Empleador _____

Empleador _____

Teléfono del trabajo _____

Teléfono del trabajo _____

Número de celular _____

Número de celular _____

Correo electrónico _____

Correo electrónico _____

Mejor modo de comunicarse _____

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	Anoté el mes, día y año en que se recibió cada dosis de vacuna					
	1 ^{ra}	2 ^{da}	3 ^{ra}	4 ^{ta}	5 ^{ta}	6 ^{ta}
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 % _____	
Examen físico	✓ Si es normal	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			
Pruebas de detección	Fecha de prueba	Anote aquí si los resultados están pendientes o son anormales	
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



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.	Licencia #
Holy Name Preschool + Child Care Center	0237-007

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	