



A REMARKABLE, GOD-CENTERED EDUCATION

APLICACIÓN DE LA ESCUELA PRIMARIA (Grados K - 5)

POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE

Información Sobre El Estudiante:

Primer nombre _____ Segundo nombre _____
 Apellido _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código _____ Teléfono _____
 Fecha de nacimiento _____ Grado _____ Año En El Que Aplica: 20 ____ Otoño ____ Invierno ____
 Género: Femenino Masculino
 Etnicidad: Latino / Hispano Africano Nativo Americano Africano / Africano Americano
 Asiático/ Isla pacifica Blanco / Anglo Otro _____

Información Sobre Los Padres Y El Hogar:

1st Padre / Guardian
Nombre (Primero y Apellido): _____
 Tiene custodia legal sobre este estudiante? SI NO
 El aplicante vive con usted? SI No
 Educación: Asistió a escuela secundaria Secundaria o GED Asistió un colegio Graduado de Colegio
 Correo Electrónico _____ # de Celular _____
 Hobbies / Intereses / Pasatiempos: _____
 Tiene un empleo? SI NO Nombre del Empleador _____

2nd Padre / Guardian
Nombre (Primero y Apellido): _____
 Tiene custodia legal sobre este estudiante? SI NO
 El aplicante vive con usted? SI NO
 Educación: Asistió a escuela secundaria Secundaria o GED Asistió un colegio Graduado de Colegio
 Correo Electrónico _____ # de Celular _____
 Hobbies / Intereses / Pasatiempos: _____
 Tiene un empleo? SI NO Nombre del Empleador _____

Los Padres Están: (seleccione todo lo que se aplique)
 Casados Separados Divorciados Madres volvió a casarse Padre se volvió a casar
 Madre/ Padre Soltero Madre Falleció Padre Falleció

Información Sobre El Hogar:
 Cuantos de Niños ____ Total # de Dependes ____ Estimado del Ingreso Anual del Hogar \$ _____ por año.
**Si su estudiante es aceptado será participe de una Conferencia Familiar donde se determinará la cantidad de su colegiatura.*

El Aplicante tiene algún hermano/a que asiste a la Academia Hope? SI NO
 El Aplicante tiene algún hermano/a que está aplicando también a la Academia Hope? SI NO
 Si respondió que si a una de estas preguntas, por favor provea los nombre(s):



A REMARKABLE, GOD-CENTERED EDUCATION

Historial De La Escuela/ Estudiante:

Nombre de la escuela ACTUAL	Ciudad, Estado	Grado

Escuela(s) a las cual ha asistido por los últimos 3 años		
Nombre de la escuela	Ciudad, Estado	Grados en los cual asistió
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Historial Educativo E Information Medica:

El estudiante ha aplicado a la Academia Hope alguna otra vez?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
El estudiante ha asistido a la Academia Hope alguna vez?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
A el estudiante se le ha pedido que pase por alto un grado, que repruebe un grado o que lo saquen de la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
A este estudiante se le ha diagnosticado con alguna deseabilidad de aprendizaje? *	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
El estudiante tiene alguna necesidad especial de aprendizaje? *	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
El estudiante tiene un Plan de Education Individual (IEP) or recibe acomodaciones de 504? *	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
El estudiante es elegible para un IEP? *	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
El estudiante ha sido diagnosticado alguna ves con un desorden emocional?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
El estudiante tiene algun serio problema de salud?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
El estudiante tiene alguna deseabilidad fisica o tiene limitaciones?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<i>Si usted respondió que si alguna de estas preguntas, por favor explíquenos:</i>		

*Por favor sepa que se require entregar cualquier forma o documentation para aclarar cualquier situation.		

Información Sobre El Idioma:

Cual fue el primer idioma que aprendió el estudiante?	_____
Que idioma es el que mas se habla en casa?	_____
Cual es el idioma que mas habla el estudiante?	_____



A REMARKABLE, GOD-CENTERED EDUCATION

Información Sobre La Iglesia:

Su familia asiste a una iglesia?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Si, Nombre de la Iglesia	_____	
Denominación	_____	Es usted miembro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Que tan a menudo asiste?	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Algunas veces por mes <input type="checkbox"/> Algunas veces por ano
Dirección	_____	
Ciudad	Estado	Código
_____	_____	_____
Pastor / Pastor de Jóvenes	_____	

Como se entero sobre la Academia Hope? Por favor marque todos los que apliquen.

- Sitio web
- Amigo / Miembro de la Familia
- Iglesia
- Medios de comunicación social
- Familia actual
- Miembro del equipo
- Otro: _____

Por favor explíquenos por que le gustaría que su estudiante asista a la Academia Hope:

En que area le gustaría ver crecer a su estudiante durante el tiempo que asista a la Academia Hope



A REMARKABLE, GOD-CENTERED EDUCATION

Acuerdo de Padres:

Como padre(s) / guardianes(s), yo / nosotros entendemos que al aplicar estamos de acuerdo en llevar una educación basada en la misión de la palabra de Dios. Yo/ nosotros entendemos esto:

1. Los administradores y maestros serán discretos y tendrán prudencia en la corrección y disciplina sobre mi hijo/a así como lo establece en las escrituras.
2. La administración tiene la completa responsabilidad de poner a mi estudiante en el grado adecuado.
3. Se espera que como padre mantenga los pagos de la colegiatura a tiempo como se pide en el convenio de los padres.
4. La Academia Hope es una escuela privada: la asistencia es un privilegio no un derecho. La Academia Hope tiene todos los derechos de pedirle a un estudiante que salga de la escuela si se presente algún acontecimiento que lo requiera.

(Una firma es necesaria, dos son preferibles)

_____	_____	_____
Nombre de un Padre (Imprimido)	Firma de Padre o Guardian	Fecha de Hoy
_____	_____	_____
Nombre de un Padre (Imprimido)	Firma de Padre o Guardian	Fecha de Hoy

Por favor envíe por correo, correo electrónico o mande por fax esta aplicación a la siguiente dirección, con la cuota no-reembolsable.

- **\$25 por familia aplicando para un estudiante**
- **\$35 por familia aplicando para más de un estudiante**

Hope Academy
Office of Admission
2300 Chicago Avenue
Minneapolis, MN 55404
admission@hopeschool.org
Fax: 612-722-9048