



## Xavier School of Excellence

Aplicación de Inscripción del Alumno

Fecha de Hoy \_\_\_\_\_ Grado Actual del Alumno \_\_\_\_\_

Grado al cual Aplica \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Por favor complete una aplicación por alumno que desee inscribir en Xavier School of Excellence.

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_

Nombre Inicial Apellido (Tal como se muestra en el acta de nacimiento)

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  Hombre  
 Mujer

(Para Kindergarten los niños deben de tener 5 años antes del 1 de Agosto)

Escuela Actual \_\_\_\_\_

Nombre

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Actualmente su hijo está recibiendo alguno de los siguientes servicios?

Título I  Educación Especial  Comida Gratis o cuota reducida

Padre /Tutor: \_\_\_\_\_ Relación con el Niño \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

### Familiares Inscritos

Nombre

Grado

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

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

### Familiares solicitando inscripción

Nombre

Grado

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

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

Enviar la aplicación a:

Xavier School of Excellence

P.O Box 1343

South Bend, IN. 46634