



Pedro Albizu Campos #6
El Millón, Santo Domingo, Dom. Rep
Phone: 809-548-6620/809-548-6659 Fax: 809-548-6127

Registration Form / Ficha de Inscripción

Pupil's Name _____

Nombre del Alumno

Grade Level Requested _____

Nivel Solicitado

Birth place (city/country) _____

Ciudad / País de nacimiento

Nationality _____

Nacionalidad

Address _____

Dirección

Street _____

Calle

House Number _____

No. de la casa

Neighborhood _____

Sector

Home Phone _____

Teléfono de la casa

Date _____

Fecha de Pre-Inscripción

Gender M F

Género

Date of Birth _____

Fecha de Nacimiento

Building _____

Edificio

Apartment _____

Apartamento

Email _____

Correo Electrónico

If foreign, write passport number _____

Si es extranjero, número de pasaporte

Family Background and Information

Información de la Familia

Mother's Name _____

Nombre de la Madre

ID _____

Cédula de Identidad/ No. de Pasaporte

Work Place _____

Lugar de Trabajo

Telephone _____

Teléfono

Mobile Phone _____

Celular

E-mail _____

Correo Electrónico

Father's Name _____

Nombre del Padre

ID _____

Cédula de Identidad/ Pasaporte

Work Place _____

Lugar de Trabajo

Telephone _____

Teléfono

Mobile Phone _____

Celular

E-mail _____

Correo Electrónico

Siblings Names and Ages

Hermanos y sus edades

Name _____

Nombre

Name _____

Nombre

Name _____

Nombre

Age _____

Edad

Age _____

Edad

Age _____

Edad

School Experience

Experiencia Escolar

Current School _____

Escuela de Procedencia

Others schools attended in the past three (3) years:

School _____

Colegio

School _____

Colegio

School _____

Colegio

Which grades, if any, have been skipped? _____

¿Ha saltado algún grado?

Which grades, if any, have been repeated? _____

¿Ha repetido algún grado?

Has the student had a psychological and/or educational evaluation? _____ If yes, when and by whom? _____

¿Se le ha realizado una evaluación psicológica al estudiante?

¿Cuándo y quién la realizó?

Grades Attended _____

Grado que ha cursado

Location _____

Ubicación

Location _____

Ubicación

Location _____

Ubicación

Comments _____

Comentarios

Comments _____

Comentarios

Student Information

Información del Estudiante

Describe active hobbies, current participation in art, athletics, dance, drama, music, and any other special interest or activity.

Describe las actividades en las que su hij@ participa (arte, deportes, bailes, música, y otras actividades de su especial interés).

Describe your child's personality.

Describe la personalidad de su hij@.

What traits do you most admire in your child?

¿Qué características admira usted de su hijo/a?

What are your expectations for your child at MCSchool?

¿Cuáles son sus expectativas para su hijo/a en MCSchool?

Does your child have needs we should know about?(social-emotional, learning, health)

¿Posee su hijo/a necesidades específicas que deberíamos conocer? (socio-emocionales, de aprendizaje, de salud, etc.)

Why did you choose MCSchool for your child's education?

¿Por qué escogió usted a MCSchool para la educación de su hijo/a?

Pertinent Medical Information

Historial Médico

Pediatrician's Name: _____

Nombre del pediatra

Telephone _____

Teléfono

Does the child have any specific disease? _____

¿Sufre su hijo de alguna enfermedad en particular?

Specify _____

Especifique

Is your child allergic? _____

¿Es su hijo alérgico?

What kind of allergies? _____

¿Qué tipo de alergias sufre?

What kind of medicine does your child take in case of presenting.....

¿Qué tipo de medicamento su hijo utiliza en caso de presentar lo siguiente....

fever _____

fiebre

pain _____

dolor

diarrhea _____

diarrea

allergy _____

alergia

stomachache _____

malestar estomacal

others _____

otros

Has your child ever had trouble seeing? _____

¿Ha presentado su hijo problemas con la vista?

Does your child wear glasses? _____

¿Su hijo utiliza lentes?

Has your child suffered from frequent ear infections? _____

¿Ha tenido su hijo infecciones de oído frecuentes?

Has your child suffered from dizzy spells? _____

¿Se mareó su hijo con frecuencia?

Does your child suffer from asthma? _____

¿Sufre su hijo de asma?

Has your child suffered convulsions? _____

¿Ha presentado su hijo convulsiones?

Blood type/ Tipo de sangre: _____

Comments/ Comentarios: _____

Write the assistance center you want your child to be taken to in case of emergency, and the doctor who could receive him/her. *Escriba al lado de las siguientes situaciones de emergencia que se puedan presentar, el centro asistencial médico que usted desea su hijo (a) sea trasladado y el médico que prefiere lo/la reciba.*

Emergency <i>Emergencias</i>	Medical Center <i>Centro Médico</i>	Doctor <i>Médico</i>	Phone Numbers <i>Teléfono/Celular/ Otros</i>
bone fractures/ fracturas de hueso			
severe head injury with loss of consciousness/ lesiones fuertes en la cabeza con pérdida de conocimiento			
wounds that require surgical suture/ heridas cortantes que necesiten sutura			
convulsions/convulsiones			
asthma attacks/ ataques de asma			
congestión/congestión			
strong abdominal pain and other types of aches/ dolor abdominal fuerte y otros tipos de dolores fuertes (dismenorrea)			

Complete the name of people authorized to pick up your son/daughter at school.

Personas autorizadas a recoger a su hijo/a

Complete Name/ Nombre Completo

Telephone /Telefono

ID/Cédula/Pasaporte

In case of emergency notify _____

En caso de emergencia notifique

Telephone _____

Telefono

Relationship _____

Parentesco

I, _____ authorize MCSchool to take my child to the nearest hospital in case of emergency.

Yo, _____ autorizo MCSchool a brindarle atención medica a mi hijo/a en la clínica más cercana en caso de emergencia.

Parent's Signature

