



310 E. Chestnut St., Coatesville PA 19320  
610-384-5828 • preschool@olivetumc.org

## INFORMACIÓN PARA INSCRIPCIÓN 2026-2027

Ya está abierto el plazo de inscripción para el preescolar Olivet del ciclo escolar 2026-2027. Para inscribir a su hijo/a en el preescolar, deberá adjuntar el formulario de inscripción completo y el pago correspondiente.

**La cuota mensual para el año escolar 2026-2027 es la siguiente:**

**Clase de 4 años:** \$275 al mes: 4 días por semana (martes a viernes de 9 a.m. a 12 del mediodía). (Hasta 15 estudiantes por clase). Debe haber cumplido 4 años a finales del año escolar.

### ESTO ES LO QUE DEBE HACER:

- Para registrarse, deberá completar los 3 formularios que aparecen a continuación:
  - Registro para el 2026-2027
  - Información del Estudiante/Información General para ayudarnos a conocerle
  - Información en caso de Emergencias Médicas
  
- Para reservar la plaza de su hijo/a, por favor, incluya una cuota de inscripción de \$85.00 dólares (no reembolsable) junto con el formulario de inscripción cumplimentado.
  
- Adjunte una copia del carné de vacunación de su hijo/a. Si no lo adjunta, deberá entregarlo antes del primer día de clases.

# Registro para el 2026-2027

LETRA IMPRESA LEGIBLE

Nombre del Menor \_\_\_\_\_  
Primer y Segundo Apellido Nombre Inicial

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_

Calle Ciudad Código postal

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_ Nombre del Empleador \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la anterior) \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Número del teléfono celular \_\_\_\_\_

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Nombre del Empleador \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la anterior) \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Número del teléfono celular \_\_\_\_\_

Doy mi autorización para compartir mi correo electrónico o número de teléfono con los padres:

Madre  Padre

En caso de mal tiempo o anuncios especiales (sin calefacción/electricidad/eventos), por favor, facilítenos la dirección de correo electrónico que desean que **Olivet Preschool** utilice para notificarles en caso de cancelación de clases o salidas anticipadas.

Correo electrónico \_\_\_\_\_

**Confirme la siguiente información con una marca en el cuadrado:**

Clase para niños de 4 años: martes, miércoles, jueves y viernes de 9:00 a 12:00. \$275 al mes.  
(El alumno debe cumplir 4 años antes de que finalice el año escolar.)

Entiendo que la matrícula se paga el primer día de cada mes. Se aplicará un recargo de \$25 por pago tardío a todos los pagos efectuados después del día 15 de cada mes. La matrícula se paga con un mes de anticipación y no es reembolsable sin una notificación de retiro por escrito con 30 días de anticipación. Por favor, incluya la cuota de inscripción no reembolsable de \$85.00 con el formulario de inscripción para reservar el lugar de su hijo/a.

Firma del Director \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Cantidad pagada \_\_\_\_\_ Número de cheque \_\_\_\_\_ Recibido por: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

## LETRA IMPRESA LEGIBLE

Nombre del Menor \_\_\_\_\_  
Primer y Segundo Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Nombre de la persona a contactar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Relación con el menor \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Menor bajo la custodia de:  Ambos padres  Madre  Padre  Otro

Otros miembros del hogar:

Nombre	Relación	Edad
--------	----------	------

Nombre	Relación	Edad
--------	----------	------

## INFORMACIÓN GENERAL QUE NOS AYUDA A CONOCER AL MENOR

¿Su hija:

¿Su hijo:

¿Tiene alguna inquietud o temor inusual? \_\_\_\_\_

¿Necesita ayuda con los procedimientos rutinarios del baño? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su mano dominante?  Derecha  Izquierda

¿Asiste a la iglesia?  Sí  No Si la respuesta es Sí, ¿a cuál? \_\_\_\_\_

Experiencia escolar previa \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a tiene alguna necesidad conocida o diagnosticada (por ejemplo, TDAH, autismo, problemas del habla, etc.)?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, explique: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a está recibiendo actualmente algún tipo de servicio (logopedia, terapia ocupacional, etc.)?

Sí  No

En caso afirmativo, ¿quién presta el servicio? \_\_\_\_\_

<b>INFORMACIÓN MÉDICA O DE EMERGENCIA</b>	Nombre del Estudiante	
	Fecha de Nacimiento	

	NOMBRE	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO
Padre/Tutor #1			
Padre /Tutor #2			

Contacto de Emergencia (Otro que no sea padres/tutor legal)

	NOMBRE	RELACION	TELEFONO
Contacto de Emergencia #1			
Contacto de Emergencia #2			

¿Quién podrá recoger a su hijo (aparte de su padre/madre o tutor legal)?

	NOMBRE	RELACION	TELEFONO
“Recoger” Persona #1			
“Recoger” Person #2			
“Recoger” Person #3			

Informacion Medica

Medico		Telefono del Medico	
Dentista		Telefono del Dentista	
Hospital preferido en caso de emergencia			
¿Su hijo/a tiene alguna necesidad médica especial?			
¿Su hijo/hija tiene alguna alergia?			
¿Su hijo/hija tiene alergias a los alimentos?			
Por favor, enumere y explique cualquier medicamento que su hijo pueda necesitar o usar con regularidad...			