Academia Santa Rosa de Lima

Excelencia Académica y Catolicidad Genuina

Ave. Main Esq. Calle 11 Urb. Santa Rosa, Bayamón, PR
Teléfono: 787-798-2829 | 787-798-2539 | Email: academiasantarosa@asrpr.org

INFORMACION DE PERSONA QUE PAGA

Nombre completo de la persona responsable de los pagos:	
Nombre y apellidos del estudiante: Grado:	
Relación con el estudiante:	Teléfono Residencial:
Dirección Postal de facturación: Ciudad: Zip Code:	Dirección Residencial: (Si es diferente a la Postal)
Tel: Trabajo	Tel. Celular
Seguro Social:	Email:

1. Autorizo(amos) a la Academia a trasladar a nuestro hijo(a) anteriormente mencionado(a) a facilidades hospitalarias si sufriese un accidente o indisposición si la aparente seriedad del caso lo requiere. Entiendo (Entendemos) que la Academia tratará de comunicarse telefónicamente a la brevedad posible sobre cualquier emergencia médica que afecte a nuestro hijo(a). Entiendo (Entendemos) la importancia de llenar este formulario con la información correcta ya que es el medio que la Academia tiene para comunicarse con los padres y otras personas responsables en caso de emergencia.

2. Cualquier discrepancia en la veracidad de la información provista podrá invalidar el proceso de matrícula. Entiendo (Entendemos) que al firmar este documento estoy (estamos) de acuerdo con los reglamentos y estipulaciones disciplinarias, académicas y administrativas por las que se rige la Academia.

3. Acepto que el pago de matrícula, re-matrícula y cuotas se utiliza para reservar el asiento por lo que, si posteriormente decido no enviar al estudiante a la Academia, la institución retendrá el 100% de la matrícula y cuotas.

4. **Pago por servicios educativos:** Me obligo a pagar la matrícula en o antes del 29 de marzo de 2024. Me obligo a pagar las mensualidades durante los primeros 10 días de cada mes. Entiendo que la Academia suspenderá los servicios educativos a partir de los 10 días calendarios de una notificación de deuda. No se ofrecerá exámenes finales a estudiantes con deudas.

_____ _____ _____

Firma del Padre o Encargado | Firma de la madre o Encargado | Fecha

****

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ACADEMIA

Fecha Matrícula: _____ Cant. de Matrícula $_____ No. de Recibo: _____

☐ Efectivo ☐ Giro ☐ ATH ☐ Visa ☐ MasterCard

Firma de Persona que recibe la Matrícula:

Mensualidad $ _____ Cuotas especiales $_____

Fecha procesado:	Firma de persona que procesa:

Observaciones/Comentarios:

Firma de la Directora/Principal: