



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@asrbpr.org



Oficina de
Administración

SOLICITUD DE MATRÍCULA **NUEVO INGRESO** Año Escolar 2026-2027

Del 12 de noviembre de 2025 al 27 de marzo de 2026
Después de esta fecha, la Matrícula se considera tardía y
conlleva un cargo adicional de \$100.00.

**LA MATRÍCULA Y LAS CUOTAS NO SON
REEMBOLSABLES**

Camiseta "Día de Juegos"

Seleccione ☒

Tamaño de niño

☐ 2-4 ☐ 6-8 ☐ 10-12 ☐ 14-16

Tamaño de adulto

☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL

Información del Estudiante

Apellidos: Paterno

Materno

Nombre

Grado solicitado

Sexo

Edad

/ /
año mes día

Fecha Nacimiento

Lugar de Nacimiento

¿Es el estudiante ciudadano americano?

☐ Sí ☐ No

Escuela o Colegio de procedencia

Menores Mayores

Número niños en la familia

¿Con quién vive el estudiante?

Nombre y Apellidos del **Padre**

Vive: ☐ Sí ☐ No

Ocupación

¿Dónde trabaja el padre?

Dirección

Tel. trabajo

Celular

Vive: ☐ Sí ☐ No

Nombre y Apellidos de la **Madre**

Ocupación

¿Dónde trabaja la madre?

Dirección

Tel. trabajo

Dirección residencial

Pueblo

Celular o Teléfono residencial

Dirección postal

Zip Code

Correo electrónico

/ /
Parroquia/Iglesia Lugar día mes año

Bautizado (si aplica)

/ /
Parroquia/Iglesia Lugar día mes año

Primera Comunión (si aplica)

Indique qué otros hijos estudiarán en la Academia Santa Rosa de Lima para el curso escolar 2026-2027.

Nombre	_____	Grado	_____
Nombre	_____	Grado	_____
Nombre	_____	Grado	_____



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@asrbpr.org



Oficina de
Administración

SOLICITUD DE RE-MATRÍCULA Año Escolar 2026-2027

Del 12 de noviembre de 2025 al 27 de marzo de 2026
Después de esta fecha, la Matrícula se considera tardía y
conlleva un cargo adicional de \$100.00.

LA MATRÍCULA Y LAS CUOTAS NO SON
REEMBOLSABLES

Camiseta "Día de Juegos"

Selecione ☒

Tamaño de niño

☐ 2-4 ☐ 6-8 ☐ 10-12 ☐ 14-16

Tamaño de adulto

☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL

Información del Estudiante

Apellidos: Paterno

Materno

Nombre

Grado en 26-27

Sexo

Edad

/ /
año mes día

Fecha Nacimiento

Lugar de Nacimiento

¿Es el estudiante ciudadano americano?

☐ Sí ☐ No

Escuela o Colegio de procedencia

Menores Mayores

Número niños en la familia

¿Con quién vive el estudiante?

Nombre y Apellidos del **Padre**

Vive: ☐ Sí ☐ No

Ocupación

¿Dónde trabaja el padre?

Dirección

Tel. trabajo

Celular

Vive: ☐ Sí ☐ No

Nombre y Apellidos de la **Madre**

Ocupación

¿Dónde trabaja la madre?

Dirección

Tel. trabajo

Dirección residencial

Pueblo

Celular o Teléfono residencial

Dirección postal

Zip Code

Correo electrónico

/ /
Parroquia/Iglesia Lugar día mes año

Bautizado (si aplica)

/ /
Parroquia/Iglesia Lugar día mes año

Primera Comunión (si aplica)

Indique qué otros hijos estudiarán en la Academia Santa Rosa de Lima para el curso escolar 2026-2027.

Nombre _____ Grado _____
Nombre _____ Grado _____
Nombre _____ Grado _____



Academia Santa Rosa de Lima

Excelencia Académica y Catolicidad Genuina

Ave. Main Esq. Calle 11 Urb. Santa Rosa, Bayamón, PR 00959

Teléfono: 787-798-2829 | 787-798-2539 | Email: academiasantarosa@asrpr.org



Oficina
Enfermería

-----**PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE, MADRE O ENCARGADO**-----

☐Sí ☐No Autorizo a la Administración de la ASR a divulgar información sobre alguna enfermedad o tratamiento del estudiante que pueda afectar su desempeño académico, así como su participación en actividades académicas y/o extracurriculares. *Dicho uso está sujeto a las leyes y reglamentos federales y estatales aplicables bajo la Ley HIPPA.* Acepto libre y voluntariamente suministrar la información solicitada y podré revocar este consentimiento en cualquier momento, a través de un comunicado escrito y dirigido a la Administración de la ASR.

Comentario: _____

Nombre del padre, madre o encargado (en letra legible) _____

Firma: _____

Fecha: _____

Administración de Medicamentos

☐Sí ☐No Autorizo a la enfermera a administrar a mi hijo/a _____ del grado _____ los siguientes medicamentos OTC, cuando sea necesario. Solo marcar el que corresponda según la edad.

_____ Acetaminophen (tabs)

_____ Ibuprophen

_____ Acetaminophen (ml)

_____ Ibuprophen (ml)

_____ Tums

_____ Árnica en tabletas

_____ Benadryl _____ Benadryl (ml)
(para alergias severas de ser necesario)

_____ prueba de glucosa

Firma: _____

Certificado Oral

La ley #63 del 3 de agosto de 2017 establece que es requisito que todo estudiante nuevo en los **grados K, 2, 4, 6, 8, 10** debe entregar el certificado original de salud oral a la oficina de enfermería para ser matriculado en una escuela pública o privada.

☐Entregó ☐No Entregó

Condición de Asma (si aplica)

Los padres entregarán al comienzo de clases los documentos (ver documentos en el Reglamento Escolar) para que el médico certifique que el estudiante tiene la condición y si está apto para administrarse el medicamento (esto aplica a los estudiantes de 12 años en adelante).

Importante completar esta información para la enfermera

Nombre del Padre o encargado: _____

Nombre del Estudiante: _____

Grado: _____

Teléfono: _____

Condición: _____

La Academia Santa Rosa de Lima posee licencia de autorización del Departamento de Estado y es acreditada por la Middle States Association. Participamos en el Proyecto E-rate y los Programas Federales T I-A y T II-A



Academia Santa Rosa de Lima

Excelencia Académica y Catolicidad Genuina

Ave. Main Esq. Calle 11 Urb. Santa Rosa, Bayamón, PR 00959

Teléfono: 787-798-2829 | 787-798-2539 | Email:

academiasantarosa@asrpr.org



Oficina
Administrativa

**Si el estudiante vive con otra persona que no sean sus padres,
favor de llenar la siguiente información:**

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre

Ocupación

Teléfono del trabajo

Extensión

Nombre de la compañía

Teléfono residencial

Teléfono celular

Parentesco con el estudiante

Nombre del Estudiante y Grado

Indique qué otros hijos estudiarán en la Academia Santa Rosa de Lima para el curso escolar 2026-2027.

Nombre _____ Grado _____

Nombre _____ Grado _____

Nombre _____ Grado _____

Persona(s) autorizada(s), **que no sean sus padres**, para atender situación
de emergencia y/o salida del estudiante durante el horario escolar:

Nombre

Teléfono

Relación con el estudiante

Nombre

Teléfono

Relación con el estudiante

Nombre

Teléfono

Relación con el estudiante

La Academia Santa Rosa de Lima posee licencia de autorización del Departamento de Estado y es acreditada por la Middle States Association. Participamos en el Proyecto E-rate y los Programas Federales T I-A y T II-A

Academia Santa Rosa de Lima

Ave. Main Esq. Calle 11 Urb. Santa Rosa, Bayamón, PR

Teléfono: 787-798-2829 | 787-798-2539 | Email: academiasantarosa@asrbpr.org



Oficina
Admisiones/Tesorería

COMPROMISO DE PAGO AÑO ESCOLAR 2026-2027

Yo, _____, padre, madre o encargado de(los) estudiante(s):

1- _____	Grado _____
2- _____	Grado _____
3- _____	Grado _____
4- _____	Grado _____

Me comprometo a pagar todos los plazos a tiempo. Estos se pagan por adelantado, en o antes del 10 (diez) de cada mes.
De pagar luego de este día entiendo que se hará un cargo a la cuenta de \$25.00 por familia.

Firma padre, madre o encargado.

Fecha

**Matricula y Cuotas No Son
Reembolsables**



Academia Santa Rosa de Lima

Excelencia Académica y Catolicidad Genuina

Ave. Main Esq. Calle 11 Urb. Santa Rosa, Bayamón, PR 00959

Teléfono: 787-798-2829 | 787-798-2539 | Email: academiasantarosa@asrpr.org



Oficina
Administrativa

AUTORIZACIÓN PARA FOTOS Y VIDEOS

Nombre del estudiante	Primer Apellido	Segundo Apellido
Divulgación de Fotografías / videos ☐ Autorizo el uso de fotografías/videos de mi hijo(a) con propósitos educativos en la página web y redes de la academia. ☐ No autorizo el uso de fotografías/videos de mi hijo(a) con propósitos educativos en la página web y redes de la academia.		
Nombre del padre, madre o encargado		
Firma		Fecha:

Oficina
Administrativa

SOCIO-ECONOMICO:

La Academia Santa Rosa recibe ayuda federal, por ello, el encasillado **Ingreso Anual Aproximado** es bien importante, completarlo. Es confidencial, para uso de la Academia y NO para el Departamento de Hacienda.

	\$	
Apellidos de la Familia	Ingreso Anual	Total de Miembros en la familia

Oficina
Decana

REGLAMENTO ESCOLAR

Yo, _____, padre, madre o encargado del estudiante _____, del grado _____ certifico haber leído el Reglamento de Estudiantes y Padres 2026-2027 y el contenido del formulario de solicitud de matrícula, acepto y me comprometo a cumplir con todas las disposiciones aquí descritas. También 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, re-matrícula y de las cuotas. Soy consciente de la política de la Academia de **Cero Tolerancia a las Drogas** por lo que me doy por enterado de que la Academia podrá revisar bultos, mochilas, carteras, casilleros (“lockers”) siempre que exista motivo fundado o que esté en peligro la seguridad y la propiedad. La Institución podrá optar por llevar perros adiestrados para detectar o encontrar drogas por lo menos una vez al semestre.

_____ Firma del ☐ padre, ☐ madre, ☐ encargado	_____ Fecha
---	----------------

La Academia Santa Rosa de Lima posee licencia de autorización del Departamento de Estado y es acreditada por la Middle States Association. Participamos en el Proyecto E-rate y los Programas Federales T I-A y T II-A



CERTIFICADO DE EXAMEN ORAL

(Forma SO-001)

Revisión Agosto 2022

DEPARTAMENTO DE
SALUD



Según establece la Ley Núm. 63 del 2017, es requisito de matrícula para los grados K, 2, 4, 6, 8 y 10mo de las escuelas de Puerto Rico el presentar certificado de examen oral.

I. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE							
Nombre del estudiante				Sexo		Edad	Grado que cursa
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	F	M		
Dirección física:		Dirección postal:			Teléfonos:		
					()		
					()		
Nombre del padre, madre o encargado:							
Relación con el menor:				Correo electrónico:			
II. EXAMEN ORAL (A completar por el dentista)							
☐ SE REALIZÓ EVALUACIÓN ORAL				Fecha (día/mes/año): ____ / ____ / ____			
☐ Se ofreció orientación de prevención e higiene							
III. RECOMENDACIONES							
☐ Cuidado dental regular de rutina		☐ Tratamiento adicional al de rutina		☐ Referido para tratamiento especializado			
☐ NECESITA TRATAMIENTO URGENTE							
☐ se otorgó cita para tratamiento urgente en nuestra oficina el día: ____ / ____ / ____ Día / Mes / Año				☐ * referido para tratamiento urgente a: (*Institución llene Sección V)			
				Nombre del Doctor: _____			
				Área de especialidad: _____			
IV. CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR							
Certifico haber provisto las recomendaciones y servicios arriba indicados							
Nombre del dentista:				Número de licencia:			
Dirección física de la oficina:				Teléfonos:			
				()			
				()			
Firma:	Fecha: ____ / ____ / ____ día / mes / año		Correo electrónico:				
V. PARA USO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN CASO DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO URGENTE							
NO tiene cita para tratamiento urgente. Razón: _____							
Sí tiene cita para tratamiento urgente. El día ____ / ____ / ____ con: _____ Día Mes Año Nombre del doctor							
Nombre de la persona que otorga la información					Nombre del funcionario escolar que recopila la información		
Firma de la persona que otorga la información					Fecha (día/ mes /año) ____ / ____ / ____		

DEPARTAMENTO DE SALUD

PO Box 70184,
San Juan, PR 00936-8184



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

PO Box 190759,
San Juan, PR 00919-0759