



**St. Matthew Catholic Preschool
2019-2020 Admissions Application**

221 SE Walnut St
Hillsboro, OR 97123
Phone: 503-648-2512

Email: info@stmatthewschoolhillsboro.org

Office Use Only

Date received: _____
Check # _____
3's: AM PM F2
4's: AM PM F3 F5
Applicant #: _____

Please complete this form and return it to the school office. A \$75 registration fee must accompany your application in order to hold a spot in the class. An admissions application and registration fee is required for each child attending.

PRE 3's: AM (Tues/Thurs 8:15-11:15am) PM (Tues/Thurs 12:15pm-3:15pm) FULL DAY 2 day (Tues/Thurs 8:15-3:15pm)

PRE 4's: AM (Mon/Wed/Fri 8:15-11:15am) PM (Mon/Wed/Fri 12:15pm-3:15pm)

FULL DAY 3 day (Mon/Wed/Fri 8:15-3:15pm) FULL DAY 5 day (Mon-Fri 8:15-3:15pm)
Spaces are limited in full day 5day/week program.

CHILD INFORMATION

Child's Name: _____ Male/Female
(First) (Middle) (Last)

Child's Preferred Name (i.e., Mike or Michael) _____

Date of Birth ____/____/____ Birthplace _____
Attach Copy of Birth Certificate (City) (State)

CONTACT INFORMATION

Mailing Address: _____
(Street) (City) (State) (Zip)

Phone: _____ Email Address: _____

PARENT INFORMATION

Mother's Name: _____ Father's Name: _____

Occupation: _____ Occupation: _____

Employer: _____ Employer: _____

Work Phone: _____ Work Phone: _____

Cell Phone: _____ Cell Phone: _____

Email: _____ Email: _____

Address if different than child's: _____ Address if different than child's: _____

FAMILY INFORMATION

Primary Language Spoken at home: English Spanish Other _____

Parents: Married Divorced Single Deceased Mother/Father

Child lives with: Both Parents Father only Mother only Guardian Mother & Stepfather Father & Stepmother

Religion: _____ Parish or Place of Worship: _____

Register Parishioners: Yes No If yes, how long? _____

Sibling Name: _____ Age: _____ St Matthew Student/Alumni: Yes No

Sibling Name: _____ Age: _____ St Matthew Student/Alumni: Yes No

Sibling Name: _____ Age: _____ St Matthew Student/Alumni: Yes No



**St. Mateo Preescolar Católica
2019-2020 Solicitud de admisión**

221 SE Walnut St
Hillsboro, OR 97123
Teléfono: 503-648-2512
Email: info@stmatthewschoolhillsboro.org

Office Use Only

Date received: _____
Check # _____
3's: AM PM F2
4's: AM PM F3 F5
Applicant #: _____

Por favor complete este formulario y de vuélvalo a la oficina de la escuela. Una cuota de \$75 registro debe acompañar su solicitud con el fin de mantener un lugar en la clase. Se requiere solicitud de admisión y matricula para cada niño que asiste.

PRE 3's: AM (Mar/Jue (8:15-11:15am)) PM (Mar/Jue 12:15pm-3:15pm) DIA COMPLETO 2 dais Mar/Jue 8:15-3:15pm)

PRE 4's: AM (Lun/Mie/Vie (8:15-11:15am)) PM (Lun/Mie/Vie 12:15pm-3:15pm)

DIA COMPLETO 3 días (Lun/Mie/Vie (8:15-3:15pm)) DIA COMPLETO 5 días (Lun-Vie 8:15-3:15pm)

Los espacios son limitados en día completo 5días/programa de la semana.

INFORMACION DEL NIÑO

Nombre del Niño:

(Primero) (Segundo Nombre) Masculino/Femenino (Apellido)

Nombre Preferido del Niño (e.g., Mike or Michael)

Fecha de Nacimiento _____/_____/_____

Lugar de Nacimiento _____

Ajuntar copia del certificado de nacimiento (Ciudad) (Estado)

INFORMACION DEL CONTACTO

Dirección de Envió:

(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono: _____ Dirección de Correo Electrónico: _____

INFORMACION DE LOS PADRES

Nombre de la Madre: _____ Nombre del Padre: _____

Ocupación: _____ Ocupación: _____

Empleador: _____ Empleador: _____

Teléfono del Trabajo: _____ Teléfono del Trabajo _____

Teléfono Móvil: _____ Teléfono Móvil: _____

Correo Electrónico: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección si es diferente del niño: _____ Dirección si es diferente del niño: _____

INFORMACION SOBRE LA FAMILIA

Idioma Principal que se Habla en Casa: Inglés español Otro _____

Padres: Casados Divorciados Soltero Madre/Padre Fallecido

El Niño Vive Con: Ambos Padres Solo el Padre Solo la Madre Guardián Madre Y Padrastro Padre Y madrastra

Religión: _____ Parroquia o Lugar de Adoración: _____

Registrar Feligreses: Si No En caso afirmativo, Cuanto tiempo? _____

Nombre del Hermano: _____ Edad: _____ Estudiante de San. Mateo/graduado: Si No

Nombre del Hermano: _____ Edad: _____ Estudiante de San. Mateo/graduado: SI No

Nombre del Hermano: _____ Edad: _____ Estudiante de San. Mateo/graduado: Si No

ADDITIONAL INFORMATION

Briefly explain the major reasons you wish your child to be educated at St. Matthew Catholic Preschool.

How did you hear about St. Matthew Catholic Preschool?

School website

School newsletter

Church website

Church Announcement/Bulletin

Friend

Family member

Newspaper

Other _____

*Preschool class sizes will be limited to 20 students per class. Current preschool students have priority until February 15th; classes will then be filled on a first come first served basis. I acknowledge that by paying the \$75 registration fee I intend to have my child attend St. Matthew Preschool. I understand that I will receive a \$50 refund on my fee **only** if the class to which I am applying is full. If a class is full, I understand that my child's application will be put on a waiting list and I will be notified if an opening occurs. If I choose to accept an opening after being placed on the waiting list, I agree to pay the refunded \$50 fee at that time. Final registration documents for completion will be mailed starting March.*

(Parent or Guardian Signature)

(Date)

INFORMACION ADICIONAL

Explique brevemente las razones principales que usted desea que su hijo/a sea educado en San Mateo Preescolar Católica.

¿Cómo se entero de San Mateo Preescolar Católica?

Sitio Web de la Escuela

Boletín de la escuela

Sitio Web de la Iglesia

El anuncio de la Iglesia/ Boletín

Amigo

Miembro de la Familia

El Periódico

Otro _____

Tamaño de las clases de preescolar estarán limitadas a 20 alumnos por clase. Estudiantes preescolares actuales tienen prioridad hasta el 15 de febrero; clases será completada en una primera base llegado, primero servido. Reconozco que al pagar la cuota de inscripción \$75 tengo la intención de que mi hijo asista a San Mateo Preescolar. Entiendo que recibiré un reembolso de \$50 en mi tarifa sólo si la clase a la que estoy solicitando es completa. Si una clase está llena, entiendo que la solicitud de mi niño será puesto en una lista de espera y se le notificará si se produce una apertura. Si elijo aceptar una apertura después de ser colocado en la lista de espera, estoy de acuerdo en pagar la cuota devolverá \$ 50 en ese momento. Se enviarán por correo los documentos de registro finales para completar a partir de marzo.

(Padre o Tutor Firma)

(Fecha)