



**FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
Y ACUERDO DE SERVICIOS EDUCATIVOS
AÑO ESCOLAR 2026-2027**

PADRE, MADRE O TUTOR RESPONSABLE:

APELLIDOS/NOMBRES: _____ CÉDULA: _____
TELÉFONOS: _____ DIRECCIÓN: _____

DATOS DE LOS ESTUDIANTES

- 1) Apellidos/Nombre: _____ Curso: _____ Inicial/ Primaria/ Secundaria
- 2) Apellidos/Nombre: _____ Curso: _____ Inicial/ Primaria/ Secundaria
- 3) Apellidos/Nombre: _____ Curso: _____ Inicial /Primaria/ Secundaria
- 4) Apellidos/Nombre: _____ Curso: _____ Inicial/ Primaria/ Secundaria

**SI LOS DATOS SOLICITADOS DESPUÉS DE ESTA LÍNEA, SON LOS MISMOS
DEL AÑO ESCOLAR 2025-2026, FAVOR PASAR A LAS PRÓXIMAS PÁGINAS.**

DATOS DE LOS PADRES O TUTORES

PADRE:

APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____
FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aa): _____ CÉDULA: _____
NACIONALIDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____
CORREO ELECTRÓNICO: _____ TEL. CASA: _____
CELULAR: _____ TEL. TRABAJO: _____
DIRECCIÓN: _____
OCUPACIÓN/PROFESIÓN: _____ LUGAR DE TRABAJO: _____

MADRE:

APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____
FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aa): _____ CÉDULA: _____
NACIONALIDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____
CORREO ELECTRÓNICO: _____ TEL. CASA: _____
CELULAR: _____ TEL. TRABAJO: _____
DIRECCIÓN: _____
OCUPACIÓN/PROFESIÓN: _____ LUGAR DE TRABAJO: _____



REQUISITOS

1. No tener cuotas atrasadas del año escolar en curso.
2. Fotos 2x2 actualizadas por alumno(a).
3. Formulario Médico actualizado por alumno(a).
4. Copia del récord de vacunas actualizado.
5. Aceptación del Manual de Convivencia.
6. No estar condicionada o bloqueada matriculación por motivos conductuales, académicos o socioemocionales.
7. Haber aprobado las asignaturas del curso anterior. Si algún estudiante paga la 1era cuota y posteriormente no aprueba las asignaturas, queda automáticamente sin efecto y será reembolsado el valor pagado por la misma.

TARIFAS 2026 - 2027

Planes de Pago:

- _____ PLAN A: PAGO ÚNICO antes del 30 de abril 2026- 7% de descuento.
- _____ PLAN B: DOS PAGOS 50% antes del 30 de abril 2026 y 50% antes del 15 de diciembre 2026. 4% de descuento.
- _____ PLAN C: PAGO CUOTAS 20% antes del 30 de abril 2026 y 10 cuotas del 80% restante. No aplica ningún descuento.

* Para formalizar el registro del estudiante debe realizar el pago de la primera cuota.

POLÍTICAS DE PAGO

- El horario de la Caja del Colegio es de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 2:00 p.m.
- Los pagos pueden ser realizados en efectivo, cheque, tarjeta de crédito o tarjeta débito (presencial o vía telefónica).
- Para transferencias: cuenta corriente del Banco Popular Dominicano No. 713303790 o BHD León 00365780056 a nombre del Colegio del Apostolado, RNC 401008033. Es imprescindible enviar el comprobante de pago a cobros@colegiodelapostolado.edu.do o traerlo a Caja físicamente.
- Tenemos disponibles pagos con cargos automáticos. Solicitar los formularios para este método de pago vía telefónica o vía correo a cobros@colegiodelapostolado.edu.do.
- Los pagos no son reembolsables.
- *Los pagos del Plan C (PAGO CUOTAS) deben realizarse del 01 al 10 de cada mes, iniciando en el mes de Septiembre.
Al vencimiento de dicho plazo, se le aplicará una mora de un 6%, a los pagos vencidos del año escolar en curso (sin excepciones). Dicha mora aumentará 1% el 01 día calendario de cada mes.
- Todo PADRE, MADRE O TUTOR RESPONSABLE que se atrase en el pago de tres (3) o más cuotas la escolaridad, serán referidos al departamento legal de la institución.

FIRMA/ CÉDULA

FECHA



ACUERDOS 2026-2027

DATOS DE LOS ESTUDIANTES

Apellidos/Nombre: _____ Curso: _____
Apellidos/Nombre: _____ Curso: _____
Apellidos/Nombre: _____ Curso: _____
Apellidos/Nombre: _____ Curso: _____

Favor tomar en cuenta que cada párrafo del presente acuerdo debe ser inicializado.

1. Con la finalidad de apoyar la labor de difusión y proyección de la filosofía y programas educativos, deportivos y artísticos del Colegio del Apostolado, extendiendo autorización expresa al Colegio para tomar y utilizar fotografías, videos, artículos y/o trabajos de mis hijos en la página de internet, material promocional, redes sociales institucionales y otros medios de información previamente verificados y aprobados por el Colegio. __
2. Como miembros de la Comunidad Apostolina, los alumnos, padres, madres y tutores, darán ejemplo de una relación de respeto, cooperación, aceptación y armonía. Por lo tanto, aceptamos cumplir con las normas del Manual de Convivencia y acoger las recomendaciones del Colegio. Nos comprometemos a evitar cualquier manifestación o rechazo de discriminación por: raza, género, religión y/o necesidades educativas especiales. __
3. Como parte de la Familia Apostolina, nos comprometemos en hacer un buen uso de los medios de comunicación y redes sociales relacionados con el Colegio. Reconocemos que están expresamente prohibidos, cualquier tipo de publicación, ya sean textos, gráficos, fotografías, videos, etc. que atenten o sean susceptibles de atentar contra la moral, la ética, el buen gusto o el decoro, y/o que infrinjan, violen o quebranten los derechos de propiedad intelectual o industrial, el derecho a la imagen, tanto de la Institución como de cualquier miembro de la misma. _____

Nombre Completo y Cédula
PADRE, MADRE O TUTOR RESPONSABLE



FORMULARIO MÉDICO PARA USO DE LA ENFERMERÍA AÑO ESCOLAR 2026-2027

I. Datos del Alumno:

Apellidos: _____ Nombres: _____

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa): _____ / _____ / _____ Edad: _____ Curso: _____

II. Persona de contacto en caso de emergencias:

Nombre/ parentesco: _____

Teléfonos de contacto: _____

III. Información sobre el estado de salud del estudiante:

a) Cuál de los siguientes describe mejor las características del embarazo y nacimiento:

A término _____ Prematuro _____ Parto natural _____ Cesárea _____ Puntuación APGAR: _____

b) Su hijo/a ha presentado durante su desarrollo alguna de las siguientes situaciones:

Dificultad del habla _____ Dificultad motora _____ Dificultad auditiva _____

Especifique la edad en que fue identificado y que tipo de tratamiento ha recibido: _____

Lateralidad: Diestro/a _____ Zurdo/a _____ Tipo de sangre: _____

c) Enfermedades presentadas en la niñez:

Enfermedades cardíacas _____ Sarampión _____ Paperas _____ Rubéola _____ Varicela _____ Asma _____

Amigdalitis _____ Neumonía _____ Epilepsia _____ Otras: _____

d) Alergias. Favor especificar si el estudiante es alérgico a medicamentos, alimentos u otros:

e) Favor hacer cualquier observación importante a tomar en cuenta con relación a la salud de su hijo/a:

f) Favor especificar si su hijo/a ha padecido de COVID-19. En caso afirmativo detallar la fecha y si esto ha tenido alguna consecuencia importante en su estado general de salud.

IV. Autorización:

Autorizo al Colegio del Apostolado, si fuere necesario, a administrar medicamentos por motivo de fiebre alta, dolores fuertes, náuseas y otras situaciones de importancia que puedan presentarse. Autorizo al Colegio del Apostolado, en caso de Emergencia, a transportar a mi hijo(a) al Centro de Salud que considere conveniente.

Nombre: _____ Firma: _____

Fecha: _____

Adjuntar al formulario de enfermería, certificado médico reciente y copia del récord de vacunación.