



SOLICITUD DE ADMISIÓN NUEVO INGRESO AÑO ESCOLAR 2026-2027

CURSO SOLICITADO: _____

SOLICITUD NO.: _____

DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE

APELLIDOS _____ NOMBRES _____

SEXO _____ FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aa): ____/____/____ LUGAR DE NACIMIENTO _____

RESIDE CON: MADRE ☐ PADRE ☐ TUTOR ☐ HERMANOS ☐ OTROS: _____

BAUTISMO: FECHA: _____ IGLESIA: _____

PRIMERA COMUNIÓN: FECHA: _____ IGLESIA: _____

DATOS DE LOS PADRES

PADRE: APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aa): _____ CÉDULA: _____

NACIONALIDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ TEL. CASA: _____

CELULAR: _____ TEL. TRABAJO: _____

DIRECCIÓN: _____

PROFESIÓN/OCUPACIÓN: _____ LUGAR DE TRABAJO: _____

RELIGIÓN: _____ IGLESIA QUE FRECUENTA: _____

MADRE: APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aa): _____ CÉDULA: _____

NACIONALIDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ TEL. CASA: _____

CELULAR: _____ TEL. TRABAJO: _____

DIRECCIÓN: _____

PROFESIÓN/OCUPACIÓN: _____ LUGAR DE TRABAJO: _____

RELIGIÓN: _____ IGLESIA QUE FRECUENTA: _____



SI LA PERSONA RESPONSABLE DEL ESTUDIANTE NO ES NI EL PADRE NI LA MADRE FAVOR DE SUMINISTRAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ CÉDULA: _____

TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRONICO: _____

PARENTESCO: _____

MOTIVO POR QUE EL NIÑO VIVE CON ESTA PERSONA: _____

ESCOLARIDAD PREVIA

COLEGIO ACTUAL _____ CIUDAD/PAIS _____

MOTIVO CAMBIO DE COLEGIO _____

¿POR QUÉ HA ESCOGIDO USTED EL COLEGIO DEL APOSTOLADO PARA LA EDUCACIÓN DE SU HIJO (A)?

FAMILIA APOSTOLINA

¿TIENE HERMANOS EN EL COLEGIO DEL APOSTOLADO? _____ ¿EN QUE CURSO? _____

¿EL PADRE O MADRE DEL AULUMNO ES EGRESADO DEL COLEGIO? _____

¿ALGUN MIEMBRO DE NUESTRA COMUNIDAD LE REFIRIÓ NUESTRO COLEGIO? FAVOR ESPECIFIQUE:

FECHA DE SOLICITUD _____

NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE _____

PROCESO DE ADMISIONES

Los padres interesados en que sus hijos formen parte de nuestra institución educativa deben completar el formulario de solicitud de admisión y depositar junto a los documentos requeridos, ya sea de forma presencial o por correo electrónico. Una vez recibida la información en el centro, será coordinada la entrevista con los padres y evaluación del estudiante. El día de la cita debe realizarse el pago de la prueba de admisión diagnóstica, que tiene un costo de **RD\$2,500.00** (no reembolsable).

Para los estudiantes de Nivel Inicial completamos un inventario de destrezas y habilidades acordes a su edad y curso. En Primaria y Secundaria las evaluaciones comprenden pruebas académicas (español, matemáticas e inglés) y pruebas psicológicas.

En un plazo no mayor a 5 días laborables les serán comunicados los resultados y posibles recomendaciones. Si es admitido(a), deben realizar un pago de **RD\$8,000.00** (no reembolsable), por concepto de Cuota de Nuevo Ingreso, en un plazo no mayor a 15 días luego de que la institución comunique los resultados a la familia. El pago de la matriculación debe realizarse de acuerdo con el plan de pago seleccionado.

Formularios y documentos requeridos para la entrevista y evaluación:

1. Formulario de solicitud de admisión.
2. Formulario enfermería.
3. Acta de nacimiento original con fines escolares.
4. Reporte de notas del año actual y del anterior.
5. Formulario de recomendación o carta de buena conducta del colegio actual.
6. Copia cédula de los padres.
7. Histórico SIGERD

Al momento de formalizar la matriculación se requieren los siguientes documentos:

1. Dos (2) fotos 2x2 recientes.
2. Certificado Médico
3. Examen de la vista.
4. Copia del Récord de vacunas.
5. Copia Fe de bautismo y certificado de Primera Comunión (si aplica).
6. Carta de saldo colegio anterior o histórico de pagos.
7. Traslado de matrícula / Certificado de escolaridad legalizado por el Distrito Educativo.
8. Certificado de Pruebas Nacionales (si aplica).

Para estudiantes extranjeros:

- En caso de que estos documentos hayan sido emitidos en un idioma diferente al español, deberán ser traducidos por un intérprete público autorizado.
- Los alumnos de 1er grado de Primaria en adelante deben solicitar autorización de inscripción y la convalidación de estudios en el Ministerio de Educación Dominicano.
- Copia del pasaporte del alumno y de sus padres.



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 7:15 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 esta. _____

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:

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

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

- 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: _____

- Enfermedades presentadas en la niñez:

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

Amigdalitis _____ Neumonía _____ Epilepsia _____ Otras: _____

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

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

- 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.