



Centro de Aprendizaje Individualizado
Ave. Frontera N-20, Villa Andalucía, San Juan PR 00926
Carr.846 Km.9 Lote 5 Ciudad Universitaria, Trujillo Alto PR 00976
Tel. 787-760-1835 E-mail: centrocapri@yahoo.com

Contrato de Matrícula

Año Escolar _____ Fecha de Admisión _____

Nombre del Estudiante _____ Grado _____

Fecha de Nacimiento _____ Seg. Social (4) _____

Dirección Postal:

Dirección Residencial:

_____ Tel. Residencial: _____

Nombre del Padre _____

Lugar de Trabajo _____ Tel. Trabajo _____

Celular _____ Ocupación _____

Nombre de la Madre _____

Lugar de Trabajo _____ Tel. Trabajo _____

Celular _____ Ocupación _____

Nombre y teléfono en caso de emergencia: _____

Autorizo se suministre Tylenol en caso de dolor de cabeza o fiebre:

_____ Si _____ No

Autorizo que en caso de emergencia se lleve a mi hijo(a) al hospital más cercano:

_____ Si _____ No

Adjunto con esta hoja la cantidad de _____ por concepto de matrícula y la cantidad de _____ por concepto de mensualidad del mes de _____.

Me comprometo a pagar la cantidad de _____ mensual en o antes de los días 5 de cada mes.

¿Cómo desea recibir las todas comunicaciones de la escuela?

_____ email o _____ agenda

Si es al email provea el mismo _____

Firma del Padre o encargado

Fecha de Admisión

Nilsa E. Vélez Carrión, Directora