



L.E.A.L.A. OF CALIFORNIA, INC.

P.O. Box 5332, Whittier, CA 90607-5332

(562) 548-9528 (562) 324-1077

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN REGISTRATION FORM

EXCLUSIVAMENTE PARA USO DE LEALA FOR LEALA USE ONLY	
INSCRIPCIÓN _____	MES _____
CAMISETA _____	DOCUMENTO <u>SI</u> <u>NO</u>
FECHA DE PAGO _____	
CHEQUE # _____	CASH _____
TOTAL \$ _____	
Inscrito en REMIND _____ LEALAGoogleGroup _____	

GRADO - GRADE: _____

I. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

APELLIDO DEL ALUMNO - STUDENT LAST NAME		NOMBRE DEL ALUMNO - STUDENT FIRST NAME		INICIAL INITIAL	GENERO GENDER F / M	FECHA DE NACIMIENTO - D.O.B. MM / DD / YEAR	EDAD-AGE
Hijo(a) vive con: <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo		<input type="checkbox"/> Alerta de Custodia - Documentación Requerida					
Child lives with: <input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Foster Parent		<input type="checkbox"/> Custody Alert - Documentation Required					
DOMICILIO - HOME ADDRESS		APT#	CIUDAD - CITY		ESTADO - STATE	CÓDIGO POSTAL - ZIP CODE	
TELÉFONO CASA - HOME TELEPHONE () ()		TELÉFONO CELLULAR PAPÁ - FATHER CELL PHONE () ()		TELÉFONO CELLULAR MAMÁ - MOTHER CELL PHONE () ()			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD - DOCUMENT ID		ATTACH A COPY		LUGAR DE NACIMIENTO - PLACE OF BIRTH		IDIOMA EN CASA - LANGUAGE SPOKEN AT HOME	
NUMERO / NUMBER		TIPO / TYPE:					
HA CURSADO EN LA ESCUELA ARGENTINA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO - SI LA RESPUESTA ES SI, INDICAR EL ULTIMO AÑO O GRADO CURSADO. _____ PREVIOUSLY ATTENDED LA ESCUELA ARGENTINA? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO - IF THE ANSWER IS YES, INDICATE THE LAST YEAR OR GRADE ATTENDED.							
<input type="checkbox"/> Problema de Salud: Health Problem:							

II. INFORMACIÓN PADRES/TUTOR - PARENTS/GUARDIAN INFORMATION

1)				
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR - PARENT/GUARDIAN NAME		PARENTESCO - RELATIONSHIP		TELEFONO TRABAJO/ WORK PHONE
OCUPACION - OCCUPATION	COMPANIA - COMPANY	DIRECCION - ADDRESS	CIUDAD - CITY	
2)				
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR - PARENT/GUARDIAN NAME		PARENTESCO - RELATIONSHIP		TELEFONO TRABAJO/ WORK PHONE
OCUPACION - OCCUPATION	COMPANIA - COMPANY	DIRECCION - ADDRESS	CIUDAD - CITY	
CON FINES ESTADÍSTICO Y CON CARÁCTER OPCIONAL, REQUERIMOS LA NACIONALIDAD DE LOS PADRES _____ FOR STATISTICS PURPOSES ONLY, WE WOULD LIKE TO KNOW THE PARENTS NATIONALITY (OPTIONAL)				

CORREO ELECTRONICO DE FAMILIA - FAMILY E-MAIL ADDRESS: _____

III. INFORMACIÓN DE EMERGENCIA - EMERGENCY INFORMATION

OTRAS PERSONAS DE ACUERDO A TOMAR RESPONSABILIDAD Y PROPORCIONAR CUIDADO DE EMERGENCIA PARA EL ESTUDIANTE: OTHER PERSONS WILLING TO ASSUME RESPONSIBILITY AND PROVIDE EMERGENCY CARE FOR THE STUDENT:				
NOMBRE-NAME	DIRECCION-ADDRESS	CIUDAD-CITY	TELEFONO-PHONE	PARENTESCO - RELATIONSHIP
NOMBRE-NAME	DIRECCION-ADDRESS	CIUDAD-CITY	TELEFONO-PHONE	PARENTESCO - RELATIONSHIP
NOMBRE-NAME	DIRECCION-ADDRESS	CIUDAD-CITY	TELEFONO-PHONE	PARENTESCO - RELATIONSHIP

Al firmar aquí debajo y al someter este formulario, se matricula al estudiante y verifica la residencia solo para el año escolar actual. La información brindada es verdadera según mi conocimiento y puede ser compartida con el personal apropiado con el fin de proveer un ambiente educacional seguro para mi hijo/a.

En caso de emergencia, yo autorizo al personal escolar a dar consentimiento de atención médica necesaria para mi hijo/a.

A signature below and submission of this form registers the student and verifies residence for this current school year only. I hereby verify that all of the information on this form is true and correct to the best of my knowledge and can be shared with appropriate staff in order to provide a safe educational environment to my child.

In case of an emergency, I authorize the school personnel to consent to necessary medical care for my child.

FIRMA(S) PADRE/TUTOR - PARENT/ GUARDIAN SIGNATURE(S)

FECHA / DATE

IV. Release Form

We, the undersigned, the parents of.....
(Print Student Full Name)

Do hereby release and hold harmless the Foothill Oaks Academy and La Escuela Argentina de Los Angeles, its teachers, assistants, workers, board members, agents, parents and/or any person or entity associated with Foothill Oaks Academy or LEALA of California, Inc. from all rights, claims, demands, damages and causes of action which may hereafter arise for any reason, including but not limited to a claim for personal injuries sustained by said child.

We, the parents of said child, assume absolute responsibility for any injuries sustained by said child while participating in the La Escuela Argentina de Los Angeles and its related activities.








All parties understand that this instrument is intended to be a release.

Signed,

 _____ 
 Father Date Mother Date

V. LISTA DE VERIFICACIÓN DE MATRICULACIÓN **Escriba sus iniciales en cada casilla.**

REGISTRATION CHECK LIST *Please Initial each box.*

INITIALS	
	FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN <i>Registration Forms</i>
	ADJUNTO - COPIA DEL DOCUMENTO <i>Attached - Copy of the DOCUMENT</i>
	INFORMACIÓN DE EMERGENCIA <i>Emergency Information</i>
	PAGO DE INSCRIPCIÓN <i>Registration Payment</i>
	PAGO DE MATRICULA <i>Tuition Payment</i>
	Declaramos que hemos leído y entendidos en su totalidad el contenido del reglamento disciplinario del Nivel Primario/Secundario de La Escuela Argentina de Los Angeles, y que los aceptamos en su forma y contenido. leala.org/Reglamentos <i>I/We Declare that we have read and understood in its entirety the content of the policy and procedure of the Elementary - Jr. High and High School level of La Escuela Argentina de Los Angeles and I/we accept it in its entirety. leala.org/Reglamentos</i>
	MANUAL INFORMATIVO - leala.org/Reglamentos <i>Parent's Handbook - leala.org/Reglamentos</i>

VI. AUTORIZACIÓN PARA LOS ALUMNOS DEL NIVEL SECUNDARIO

Hemos coincidido que es necesario seguir mejorando la salida de nuestros alumnos de la escuela, observando que la mayoría de los mismos del nivel secundario, lo hacen en forma independiente sin la supervisión de adultos. Por tal motivo, es que necesitamos tener una autorización escrita de los padres en la cual se responsabilizan de dicha situación.

Por medio de la presente dejamos constancia que Si autorizamos No Autorizamos a

nuestro hijo/a _____ del grado/año _____ a retirarse en forma
Nombre del Alumno/a

independiente de la Escuela Argentina de Los Angeles.

 _____
 Firma(s) Padre - Tutor • Parent - Guardian Signature(s) _____
Fecha - Date

DATOS INFORMATIVOS DE SALUD EN CASO DE EMERGENCIA EMERGENCY HEALTH RECORD

NOMBRE DEL ALUMNO - STUDENT NAME _____

FECHA DE NACIMIENTO - D.O.B. _____

GRADO - GRADE _____

Estimado Padre/Tutor:

Para que podamos servir mejor a su hijo durante el horario escolar, o en caso de una emergencia, es esencial que tengamos la información médica más actual. Cualquier información que usted nos dé se mantendrá en la más estricta confidencialidad y compartiendo la información solo con los profesionales que participan activamente con su hijo.

Qué condiciones o enfermedades tiene su hijo en el momento **actual**?

Dear Parent/Guardian:

In order for us to better serve your child during school hours, or in case of an emergency, it is essential that we have the most current medical information. Any information you give us will be kept in the strictest of confidence and given only to the professional actively involved with your child.

What conditions or illnesses does your child have at the **present** time?

<input type="checkbox"/> Alergia, severa: comida, picadura de insecto <input type="checkbox"/> <i>Allergy, severe: food, insect sting</i>	<input type="checkbox"/> Problemas cutáneos: eczema <input type="checkbox"/> <i>Skin problems: eczema</i>
<input type="checkbox"/> Asma: severa, moderada, leve <input type="checkbox"/> <i>Asthma: severe, moderate, mild</i>	<input type="checkbox"/> Fiebre del heno: leve, moderada, severa <input type="checkbox"/> <i>Hayfever: mild, moderate, severe</i>
<input type="checkbox"/> Trastorno de la Coagulación <input type="checkbox"/> <i>Bleeding Disorder</i>	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza: migrañas <input type="checkbox"/> <i>Headaches: migraines</i>
<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> <i>Diabetes</i>	<input type="checkbox"/> Problemas Cardiacos <input type="checkbox"/> <i>Heart problem</i>
<input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones <input type="checkbox"/> <i>Eplepsy/Seizures</i>	<input type="checkbox"/> Perdida de la visión <input type="checkbox"/> Lentes <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto <input type="checkbox"/> <i>Vision loss</i> <input type="checkbox"/> <i>Eye glasses</i> <input type="checkbox"/> <i>Contact Lenses</i>
<input type="checkbox"/> Perdida de la audición: leve, moderada, severa <input type="checkbox"/> <i>Hearing loss: mild, moderate, severe</i>	<input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/> Other:

Su hijo/a es alérgico a alguna medicina? SI NO Cual? _____
 Is your son or daughter allergic to any medications? YES NO if yes, please specify _____

Qué condiciones o cirugías **anteriores** le gustaría que la escuela esté consciente?

What previous conditions or surgeries would you like the school to be aware of?

Fecha _____

Toma su hijo algún medicamento de manera regular? SI NO

Does your child take any medication on a regular basis? YES NO

Tendrá su hijo cualquier medicamento de emergencia en la escuela? **Por favor marque:**

Will your child have any emergency medication at school? **Please circle:**

Inhalador - **Inhaler**

Nebulizador - **Nebulizer**

EpiPen (Epinefrina) - **Epi-Pen**

Glucagón - **Glucagon**

➤ El Padre/Tutor es responsable de notificar a LEALA de cualquier cambio de la información de la salud o condiciones.

PARENT/GUARDIAN IS RESPONSABLE FOR NOTIFYING LEALA OF ANY CHANGES TO HEALTH INFORMATION/CONDITIONS.

➤ Yo autorizo a LEALA a divulgar esta información a las personas o paramédicos que respondieron a una emergencia que involucre a mi hijo.

I AUTHORIZE LEALA TO RELEASE THIS INFORMATION TO INDIVIDUALS OR PARAMEDICS RESPONDING TO AN EMERGENCY INVOLVING MY CHILD.

NOMBRE DEL MEDICO DE FAMILIA / NAME OF FAMILY PHYSICIAN	() TELÉFONO / TELEPHONE
DIRECCION/ADDRESS	CIUDAD / CITY
CODIGO/ZIP	

Firma(s) Padre/Tutor - Parent/Guardian Signature(s)

Fecha - Date



La Escuela Argentina De Los Angeles

CONTRATO DE COLEGIATURA Tuition Contract

El pago de las cuotas de LEALA es un contrato establecido entre los padres y la escuela que según nuestra póliza puede hacerse en 1 solo pago anual, bi-anual o mensual, cumpliendo con los 10 meses de la colegiatura (septiembre a junio).

Tuition payment for LEALA is a contract established between parents and the school that per our policy can be paid in full annually, bi-annually or monthly, committing to paying for the 10 months of the school year (September-June).

ELIJA SU METODO DE PAGO

PLEASE SELECT PAYMENT METHOD

Anual: Payment is due in full at time of registration.

Bi-Anual: 1st payment is due at time of registration.
2nd payment due February 1st.

Monthly: Payment is due monthly on or before the 7th of each month. **Late payments will incur a \$15.00 late fee.**



Firma Padre/Tutor – Parent - Guardian Signature

Fecha - Date



Secretaria - Secretary

Fecha - Date



La Escuela Argentina de Los Angeles Parental Consent Form

Child's Name: _____

Grade: _____

Teacher: _____

Parental Consent: Publication of Child's Image

Background:

In order to publicize the school activities to the general public, LEALA of California, Inc., DBA La Escuela Argentina de Los Angeles, will begin promoting the institution through the internet and social media. In cases where photographs are used, students will not be identified by name without the written approval of the parents. Depending on the circumstances, students may be photographed from different angles or proximity considering the setting and location of the photographer. Parents may use the approval form below to indicate if they wish to not grant their child permission for reasons such as custody or other legal grounds, or that they prefer that their child's image does not appear in publications.

Signing below, you are authorizing LEALA of California, Inc., DBA La Escuela Argentina de Los Angeles to include your child's picture in news articles, videos, or publications on social media.

Note: A signed approval does not guarantee inclusion in the publications. Participation is voluntary and is not related to the academic program.

Approval

My signature below authorizes LEALA of California, Inc., DBA La Escuela Argentina de Los Angeles to include my child in a news article, video, publication or production on the internet.

I have read, agree and understand the terms and conditions stipulated in this form. In addition, I release LEALA of California, Inc., DBA La Escuela Argentina de Los Angeles in cases where problems arise as a result of the inclusion of my child images in these publications. I also understand that my signature below does not guarantee inclusion of my child in the above-mentioned publications.

Parent's Signature

Date

I give permission for my child to be identified by name **YES** **I DO NOT**

Denial

My signature below certifies that I **DO NOT** wish for my child to be included in news articles, videos, or publications and productions on the internet.

Parent's Signature

Date



La Escuela Argentina de Los Angeles

CREDIT CARD AUTO-PAY AUTHORIZATION FORM

Complete the credit card information section below and sign the form. All requested information is required. Upon approval, we will automatically bill the credit card for the amount indicated on your LEALA invoice each month. **Any cancellation or changes must be made in writing before the 20th of the billing month.**

I _____, authorize La Escuela Argentina de Los Angeles, Inc., LEALA, to charge the following credit card on a monthly basis to pay for my child's tuition. I understand that these charges will be charged to my card on the 1st of each month and no later than the 7th of the month (September—June)

I further understand that if this credit card is declined for any reason, I am responsible for paying the tuition fees on or before the due date. I understand that I will be responsible for any late charges that accrue due to the denial of this credit card.

I also release la Escuela Argentina de Los Angeles, Inc., LEALA, from any liability associated with holding this information on file.

CUSTOMER INFORMATION

CUSTOMER NAME: _____ TELEPHONE NO. _____

EMAIL: _____

STUDENT(S) NAME _____

PAYMENT INFORMATION

CREDIT CARD TYPE _____ CREDIT CARD NUMBER _____

EXP DATE _____ CSC (Card Security Code) _____

AMOUNT TO BE CHARGED TO CREDIT CARD ON A MONTHLY BASIS ___\$_____

CARDHOLDER'S NAME: _____

BILLING ADDRESS: _____

Frequency: Credit card will be charged on the 1st of every month and no later than the 7th of each month (SEPTEMBER—JUNE)

Note: If the 1st falls on a weekend or holiday, the amount will be charged to the credit card the next business day.

CARDHOLDERS'

SIGNATURE _____ DATE _____

**POR FAVOR ESCRIBE LEGIBLE
Y EN IMPRENTA
PLEASE PRINT CLEARLY**

La Escuela Argentina de Los Angeles
INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

**COMPLETAR UNA POR FAMILIA
COMPLETE ONE PER FAMILY**

Apellido del Alumno - Student Last Name:		Nombre del Alumno - Student First Name:		Fecha de Nacimiento - D.O.B.:	Grado - Grade:
Domicilio - Address			Ciudad - City	Estado - State	Código Postal - Zip Code
Nombre Padre - Tutor - Parent/Guardian Name:		Parentesco - Relationship	Teléfono Casa - Phone Home		Teléfono Celular - Cell Phone
Nombre Padre - Tutor - Parent/Guardian Name:		Parentesco - Relationship	Teléfono Casa - Phone Home		Teléfono Celular - Cell Phone
Medico/Doctor:		Domicilio/Address			Telefono - Phone
Compañía de Seguro Médico - Name of Medical Insurance			Póliza - Policy No	No. de Certificado - Certificate Number	

**Escriba los nombre de los otros niños en la familia inscritos en La Escuela Argentina. Incluya el apellido si es diferente del mencionado.
List other children in family enrolled in La Escuela Argentina. Include last name if different from above.**

Nombre del Alumno - Student Name		Grado - Grade	Nombre del Alumno - Student Name		Grado - Grade
1.			3.		
2.			4.		

POR EL PRESENTE, AUTORIZO A LAS PERSONAS A CONTINUACION MENCIONADAS PARA QUE RETIREN A MI HIJO/A DE LA ESCUELA Y CONDUZCIRLO/A A NUESTRO DOMICILIO EN CASO DE QUE YO NO PUEDA HACERLO. HE NOTIFICADO A CADA UNA DE ESTAS PERSONAS ACERCA DE ESTE CONSENTIMIENTO. I HEREBY, AUTHORIZE THE FOLLOWING PERSONS(S) TO PICK UP MY CHILD(REN) FROM SCHOOL AND TAKE HOME IN CASE I AM NOT ABLE TO DO SO MYSELF. I HAVE NOTIFIED THE PERSON(S) LISTED BELOW.


Nombre - Name	Domicilio - Address	Teléfono - Phone	Parentesco - Relationship
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Por el presente otorgo mi consentimiento para que mi hijo/a(s) sea/n tratado/a(s), de acuerdo a la emergencia que se presente, con los primeros auxilios de la escuela o con los paramédicos. Comprendo que La Escuela Argentina no asume la responsabilidad de pagar ningunos de los gastos incurridos.

En caso de un terremoto o desastre mayor, su hijo/a será retenido en el plantel escolar y podrá ser retirado única y exclusivamente por los adultos mencionados en esta hoja. Por el presente, autorizo a las personas a continuación mencionadas para que retiren a mi hijo/a de la escuela y conducirlo/a a nuestro domicilio en caso de que yo no pueda hacerlo. He notificado a cada una de estas personas acerca de este consentimiento.

I fully authorize my son/daughter to be treated accordingly for any emergency that might occur, with the schools' first aid kit or by the paramedics. I understand that La Escuela Argentina will not assume the responsibility for the payment of medical fees and expenses incurred.

In case of an earthquake or other major disaster, your son/daughter will be held at school. He/she will be released only & exclusively to the adults listed above. I hereby, authorize the following person (s) to pick up my son/daughter from school and take them to our home in case that I am not able to do so myself. I have notified the person(s) listed above of this authorization.

Firma Padre/Tutor - Parent/Guardian Signature  _____ Fecha/Date _____ 9/14

CERTIFICAMOS QUE EL ALUMNO(S) ESTA(N) CUBIERTO POR NUESTRO SEGURO MEDICO, DURANTE EL CICLO LECTIVO. _____ (INITIALS)
WE CERTIFY THAT OUR FAMILY MEDICAL INSURANCE PLAN PROVIDES ADEQUATE COVERAGE FOR THE ABOVE NAMED STUDENT(S) AND WILL REMAIN IN EFFECT THROUGHOUT THE SCHOOL YEAR. _____ (INITIALS)

**EXCLUSIVAMENTE PARA USO DE LA ESCUELA
FOR SCHOOL USE ONLY**

EL ALUMNO FUE RECOGIDO		NOMBRE DEL ALUMNO/S	
SI	NO		
FECHA	HORA	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RETIRA EL ALUMNO/A - NAME OF PERSON PICKING UP STUDENT	
FIRMA DE LA PERSONA QUE RETIRA EL ALUMNO - Signature		PARENTESCO - Relationship	
FIRMA DE LA PERSONA OTORGADA DE LEALA		CARGO	