

Escola Imaculada Conceição
25 Washington Court
Marlborough, MA 01752
Tel: (508) 460-3405
Fax: (508) 460-6003
www.icschool.net

Sra. Martha McCook, Diretora

APLICAÇÃO DE ADMISSÃO

Somente uso da secretaria Taxa paga: _____ No. do cheque: _____ Data: _____

Este formulário é uma aplicação para a sua criança ser aprovada a estudar na Escola Imaculada Conceição. Por favor, preencha o formulário cuidadosamente. Por favor, inclua \$45.00 para a taxa de aplicação.

INFORMAÇÃO DO ESTUDANTE

Nome do estudante: _____

Grau escolar para setembro: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____ Masculino: _____ Feminino: _____

Data de nascimento (mês/dia/ano): ____/____/____ No. do SS: ____/____/____

Tel. (Casa): _____ Email (impresso por favor): _____

A criança foi batizada na igreja Católica Apóstolica Romana? **Sim** ou **Não** Se não, por favor
indicar a religião ou denominação: _____

Data do Batismo (mês/dia/ano): ____/____/____ Paróquia: _____

Cidade/Estado: _____

Data da Crisma (mês/dia/ano): ____/____/____ Paróquia: _____

Cidade/Estado: _____

Data da 1ª Comunhão (mês/dia/ano): ____/____/____ Paróquia: _____

Cidade/Estado: _____

Nome da escola anterior: _____

Cidade/Estado: _____

INFORMAÇÃO DA FAMÍLIA

Paróquia atual (se for Católica): _____

Você está cadastrada? **Sim ou Não** No. do envelope: _____

A criança vive com (circule): Mãe Pai Ambos os pais Pai/Pai Guardian

Tem irmãos: _____ Idade (s): _____

INFORMAÇÃO DOS PAIS

Nome do pai: _____

Local de nascimento: _____

Data de nascimento (mês/dia/ano): ____/____/____ Religião: _____

Endereço: _____

Cidade/Estado: _____

Trabalho: _____

Profissão: _____

Tel. (Trabalho): _____ Email (impresso por favor): _____

Nome da mãe: _____

Local de nascimento: _____

Data de nascimento (mês/dia/ano): ____/____/____ Religião: _____

Endereço: _____

Cidade/Estado: _____

Trabalho: _____

Profissão: _____

Tel. (Trabalho): _____ Email (impresso por favor): _____

Nome dos avós paternos: _____

Endereço: _____

Cidade/Estado: _____

Tel.: _____ Email (impresso por favor): _____

Nome dos avós maternos: _____

Endereço: _____

Cidade/Estado: _____

Tel.: _____ Email (impresso por favor): _____

Como você soube sobre a Escola Imaculada Conceição? _____

Você ou algum outro membro da família estudaram na Escola Imaculada Conceição? _____

Data da formatura (mês/dia/ano): ____/____/____

Porque deseja registrar seu filho (a) em uma escola católica?

A criança recebeu algum tipo de testes ou serviços especiais?: **Sim** ou **Não** Se caso for, que tipo(s) de teste ou serviço? _____

A criança tem um Plano Individual de Educação (Individual Education Plan)? _____

Assinatura do responsável

Data

Por favor, retorne este formulário com a taxa de \$45.00 sem-reembolso/taxa de seleção em forma de cheque para a Escola Imaculada Conceição. Por favor, envie o cheque para:

***Mrs. Jaimie Goliger, Admissions Coordinator
Immaculate Conception Church
25 Washington Court
Marlborough, MA 01752***