

Escola Imaculada Conceição  
25 Washington Court  
Marlborough, MA 01752  
Tel: (508) 460-3405  
Fax: (508) 460-6003  
[www.icschool.net](http://www.icschool.net)  
Sra. Martha McCook, Diretora

## APLICAÇÃO DO PRÉ-ESCOLAR PARA A 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: \_\_\_\_\_

Tel. (Casa): \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Masculino: \_\_\_\_\_ Feminino: \_\_\_\_\_

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

**\*\*\* A criança deve ter 3 anos de idade completos até 1º de setembro.**

### 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): \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

A criança está atualmente indo a uma creche? **Sim** ou **Não** Caso for, por favor indicar o nome/local  
da creche: \_\_\_\_\_

Por favor, indique a melhor programação escolar para seu filho (a): **5 dias de 7:30am-2:00pm** ou **5 dias  
de 7:30am-11:00am** ou outro (s) horário (s): \_\_\_\_\_

Voce estaria interessado em nosso programa prolongado (depois das aulas)? **Sim** ou **Não** Caso  
for, existe 2 opções: **2:00pm-4:00** ou **2:00-6:00pm**

**\*\*\* As taxas para o programa estendido são separadas das taxas de matrícula.**

## 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): \_\_\_\_\_

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 teste 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 Corrdinator  
Immaculate Conception Church  
25 Washington Court  
Marlborough, MA 01752***