

SACRED HEART APOSTOLIC SCHOOL

Índice del paquete en Español



FORMULARIOS INCLUIDOS EN ESTE PAQUETE

1. Guía de referencia
 - Lista de ropa
 - Recomendaciones de lavandería
2. Formulario de solicitud
 - Solicitud de Admisión
 - Ensayos 1 y 2
3. Formularios de consentimiento
 - Formulario de consentimiento de actividades
 - Formulario para atención Médica
4. Historia Académica
 - Certificados e Historial Académico
5. Información médica
 - Examen médico
 - Registro de vacunación y requisitos del estado de Indiana
6. Información de viaje
 - Para el Programa de Verano
7. Documentos
 - Lista de documentos requeridos

SACRED HEART APOSTOLIC SCHOOL

Guía de Referencia del Programa de Verano



El programa de verano es para niños que están abiertos al sacerdocio y están interesados en asistir a la Escuela Apostólica del Sagrado Corazón para el próximo año escolar. Este curso de orientación les da la oportunidad de experimentar muchos aspectos de la vida estudiantil en la escuela, combinando elementos de la vida diaria (oración, estudio, deportes) con la diversión del verano y la compañía de otros niños con intereses similares. Los sacerdotes legionarios y seminaristas dirigen el programa.

REQUISITOS

1. Apertura a la vocación sacerdotal.
2. Interés en ingresar a la escuela en el otoño.
3. Permiso de los padres.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

1. Las actividades diarias incluyen misa, oración dirigida, rosario, bendición eucarística, deportes, natación, estudios y juegos al aire libre.
2. Las actividades semanales incluyen paseo al Parque de las dunas en el lago Michigan, comidas al aire libre y documentales.
3. Eventos especiales como la visita a un Santuario Mariano, torneos y otras salidas.

FECHAS

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1. Fecha de envío de la solicitud: | 17 de junio de 2025 |
| (Llame a la oficina de admisiones si necesita enviarlo después del 17 de junio). | |
| 2. Llegada para el programa de verano: | Sábado 19 de julio de 2025 |
| 3. Programa de fin de verano (salida): | Sábado 9 de agosto de 2025 |
| 4. Fecha de regreso para los nuevos estudiantes: | Viernes 15 de agosto de 2025 |

COSTOS

1. \$500 costo del programa de verano (los niños hacen tres semanas completas del programa de verano).
2. \$60 para gastos personales
3. Haga todos los cheques a nombre de **Sacred Heart Apostolic School**

DIRECCIÓN POSTAL:

**Sacred Heart Apostolic School
c/o Admissions Office
5901 N. 500 E.
Rolling Prairie, IN 46371**

Planes de viaje

VIAJES EN AVIÓN

1. Todos los vuelos deben organizarse con boletos de ida y vuelta desde y hacia el aeropuerto de Chicago-Midway (MDW) o al Aeropuerto Internacional de South Bend (SBN).
2. Proporcionaremos transporte desde y hacia el aeropuerto si se cumplen las siguientes condiciones:
 1. Todos los vuelos que lleguen a Chicago o deben llegar entre las 10 a.m. y las 6 p.m.
 2. Todos los vuelos que salen de Chicago deben salir después de las 10 a.m.
 3. Todos los vuelos deben programarse para las fechas correctas de llegada, salida y regreso.
4. Póngase en contacto con la oficina de admisiones antes de comprar cualquier boleto que no cumpla con los criterios anteriores.
5. Algunas aerolíneas exigen una tarifa para menores no acompañados. Al reservar vuelos, tenga en cuenta esta tarifa tanto en el vuelo de ida como en el de regreso. Southwest Airlines no cobra por menores no acompañados si es mayor de 12 años y permite documentar 2 maletas grandes sin costo adicional.

VIAJES POR TIERRA

Los participantes pueden llegar o salir en coche en cualquier momento en las fechas de llegada, salida y regreso. Se anima a los padres a hacer un recorrido por la escuela y hablar con la facultad y el personal a su llegada o salida.

Lista de ropa

ROPA NECESARIA PARA EL VERANO

Uniforme del Programa de Verano:

- 4 polos blancos (sin emblema/logotipo)
- 3 pantalones de vestir tipo khaki color beige (no pantalones tipo cargo)
- 6 pares de calcetines de vestir negros (como mínimo)
- 1 par de zapatos de vestir negros
- 1 cinturón negro

Otras prendas de vestir necesarias:

- 6 o más camisetas interiores blancas con cuello redondo
- 6 o más calzoncillos interiores
- 6 pares de calcetines blancos para hacer deporte
- 3 pares de shorts para hacer deporte
- 3 polos de colores discretos
- 2 pantalones de color para paseos
- 1 cinturón casual
- 2 trajes de baño tipo short
- 2 pares de pijamas
- 1 chamarra ligera
- 3 bolsas de malla para lavandería (para mandar a lavar los calcetines)
- 2 juegos de sábanas y fundas de almohada tamaño XL-twin
- 2 toallas de baño
- Útiles de aseo
 - Jabón, champú, desodorante, peine, gel, cepillo de dientes, pasta de dientes, estropajo, maquinilla de afeitar y crema de afeitar (si es necesario).
- 2 pares de tenis (1 par para gimnasio /1 par para paseo)
- 1 par de zapatos de fútbol
- 1 par de chanclas o sandalias de ducha
- Grasa negra para zapatos
- 1 mochila backpack para salidas
- (opcional) botella para agua y cachucha

RECOMENDACIONES PARA LA LAVANDERÍA

A su hijo se le asignará un número de ropa en la carta de aceptación para el programa de verano. Para evitar perder alguna prenda de vestir, lo mejor es tener toda la ropa bien marcada antes de que llegue.

1. Su hijo recibirá un número de ropa al ser aceptado.
 1. Para marcar el número de ropa puede utilizar un **marcador indeleble (Sharpie)**. Marque las prendas de vestir según sea necesario en un lugar discreto para que el número no sea visible cuando se use. Tenga cuidado al marcar la ropa blanca, ya que los números pueden pasar al otro lado y ser vistos; evite usar un marcador indeleble de punta gruesa, especialmente en camisas blancas o polos blancos. Los números deben aplicarse en el interior de las prendas de vestir, en el cuello de las camisas y en el área interior de la cintura de los pantalones.
 2. El número debe ser fácil de localizar después de sacarlo de la secadora, ya que hay mucha ropa para distribuir diariamente. Si el número no se encuentra fácilmente, la prenda de vestir generalmente va a un contenedor sin marcar y se entrega a la caridad más adelante en el año.
1. Exclusivamente para calcetines, puede comprar una **bolsa de calcetines de malla con cierre** y marcar la bolsa de calcetines con el número de ropa de su hijo y luego no necesita preocuparse por marcar cada calcetín individualmente. Sería bueno tener varias bolsas a mano, ya que es posible que no regresen diariamente de la lavandería y los niños se cambien de ropa varias veces al día.

Guía de referencia para rellenar la Solicitud

1. **Los padres** deben completar **todos los** documentos incluidos en el paquete de solicitud, excepto los dos ensayos escritos a mano.
2. **Permisos de inmunización:** La autoridad para decidir si su hijo recibe o no una inmunización es competencia del estado de Indiana; la escuela está ubicada en el estado de Indiana y debe cumplir con la ley de inmunización de Indiana.
1. **Llenado de la Cartilla de Vacunación:** la Cartilla de Vacunación debe ser completada en su totalidad.

SACRED HEART APOSTOLIC SCHOOL

Solicitud de admisión 2025



**Adjuntar una foto
reciente
de ti mismo aquí**

For Admission Office Use Only:

This application is:

☐ Complete

☐ Incomplete

NB:

1. Nombre del solicitante

Nombre _____ Middle _____ Apellidos _____

Edad _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy) ____/____/____

Nota para el curso 2023-2024 _____

2. Dirección y teléfono

Dirección de la casa

Street _____

City _____, State _____ Zip Code _____

Country _____

Dirección postal (si es diferente)

Street _____

City _____, State _____ Zip Code _____

Country _____

Número de teléfono de la casa _____

3. Personal Information

Social Security Number _____ - _____ - _____ Altura _____ Peso _____

4. Participación en el ECYD

¿Miembro del ECYD? SÍ ☐ NO ☐

Participación activa en Conquest? SÍ ☐ NO ☐

5. Información del padre

Nombre _____ Middle _____ Apellido _____

Edad _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy) ____/____/____ Social Security Number ____ - ____ - ____

¿Miembro del Regnum Christi? Sí ☐ NO ☐

Email _____

Número de teléfono celular _____

Ocupación _____

RELACIÓN CON EL NIÑO (Por favor, marque uno): ☐ Padre biológico ☐ Padrastra ☐ Padre adoptivo ☐ Otro (Por favor, explique): _____

6. Información de la madre

Nombre _____ Middle _____ Apellido _____

Edad _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy) ____/____/____ Social Security Number ____ - ____ - ____

¿Miembro del Regnum Christi? Sí ☐ NO ☐

Email _____

Número de teléfono celular _____

Ocupación _____

RELACIÓN CON EL NIÑO (Por favor, marque uno): ☐ Madre biológica ☐ Madrastra ☐ Madre adoptiva ☐ Otro (Por favor, explique): _____

7. Nombres y edades de los hermanos y hermanas

Nombre	Edad

8. Legionario que le entrevistó a usted y a su familia.

Nombre	Edad

[illegible]

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

13. Información de contacto de emergencia

Por favor, proporcione los nombres de **dos amigos cercanos o familiares** con los que se pueda contactar en caso de emergencia.

Nombre _____ Apellido _____

Teléfono celular _____

Relación con el hijo _____

Nombre _____ Apellido _____

Teléfono celular _____

Relación con el hijo _____

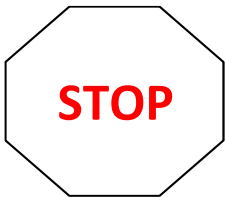
14. Signatures

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Por la presente solicito una plaza para mi hijo, _____, en Sacred Heart Apostolic School.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

Firma de la Madre/Tutor _____ Fecha _____



ALL signatures are required for the application to be considered complete.

Ensayo 1

Escribe una descripción de ti mismo: tu vida, tus intereses, aspiraciones, historia familiar, etc.

Por favor, escriba a mano en esta página. Por favor, utilice toda la página. Use papel adicional si es necesario.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Ensayo 2

¿Por qué quieres asistir?
¿Colegio Apostólico del Sagrado Corazón?

Escribe a mano una descripción de página completa.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

SACRED HEART APOSTOLIC SCHOOL

Formularios de consentimiento

Formulario de consentimiento para actividades

Los niños que asisten al programa de verano y asisten al año escolar regular tendrán una multitud de actividades al aire libre que aprovechan la belleza natural de la zona. Las actividades son normales para su grupo de edad y para una capacidad atlética media. Al firmar este documento afirma que usted está al tanto de las actividades en las que participará su hijo y está dando su consentimiento para su participación en estos eventos:

1. **Actividades acuáticas.** Usted afirma que su hijo tiene una capacidad de natación media o superior al promedio y le da su consentimiento para participar en todas las actividades acuáticas, ya sea en una piscina, lago, río, océano u otro cuerpo de agua. Le permito participar en todas las actividades de natación, canotaje, tubing acuático, buceo y todas las demás actividades que los funcionarios de la escuela elijan para que los niños participen.

Se concede permiso para participar en las siguientes actividades: ☐ SÍ / ☐ NO En caso de respuesta negativa, especifique por qué:

2. **Deportes, senderismo y escalada.** Doy permiso a la escuela para que mi hijo participe en todos los deportes, incluidos el esquí y el patinaje, y en cualquier actividad de senderismo o escalada que sea adecuada y segura para su grupo de edad. Afirmo que mi/nuestro hijo no sufre ningún desmayos, especialmente durante la escalada, ni miedo a las alturas, y no ha tenido ningún episodio de mareos. Tiene una capacidad atlética promedio o superior a la media.

Se concede permiso para participar en las siguientes actividades: ☐ SÍ / ☐ NO En caso de respuesta negativa, especifique por qué:

3. **Transporte hacia y desde las actividades.** Doy permiso a la escuela para transportar a mi/nuestro hijo hacia y desde todas las actividades (tanto dentro como fuera del estado) durante su estadía en Sacred Heart Apostolic School, ya sea que el viaje sea una actividad que comience y termine el mismo día o si es un viaje de varios días. Entiendo que el conductor del vehículo puede o no ser miembro de la Legión de Cristo, pero también que mi/nuestro hijo siempre estará acompañado por un oficial escolar.

Se concede permiso para participar en las siguientes actividades: ☐ SÍ / ☐ NO En caso de respuesta negativa, especifique por qué:

X

Firma del padre/tutor

Fecha

X

Firma de la madre/tutor

Fecha

Formulario de autorización de foto para menores

Sacred Heart Apostolic School y su personal tienen mi permiso para usar mi fotografía o la de mi hijo públicamente para la comunicación y promoción escolar. Entiendo que las imágenes pueden usarse en publicaciones impresas, publicaciones en línea, presentaciones, sitios web y redes sociales. También entiendo que no se me pagará ninguna regalía, tarifa u otra compensación por razón de dicho uso.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Número de teléfono: _____

Nombre del niño: _____

Formulario de consentimiento para la comunicación con los estudiantes

El personal docente, religioso y administrativo de Sacred Heart Apostolic School tiene mi permiso para contactar a mi hijo a través de una llamada telefónica, mensaje de texto, correo electrónico o redes sociales para comunicarse o solicitar la información necesaria relacionada con temas relacionados con la escuela, ya sean administrativos, educativos u organizacionales.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Número de teléfono: _____

Nombre del niño: _____

Release and Medical Waiver

I/We hereby release Sacred Heart Apostolic School, including but not limited to the school's directors, officers, members, employees, assistants, drivers, third parties that provide transportation, contractors, servants, volunteers and helpers, and the Legionaries of Christ, including but not limited to its officers, members, employees, drivers, third parties that provide transportation, assistants, contractors, servants, volunteers and helpers, from any and all liability for damage or injury to my/our son, _____ or to myself/ourselves, or to any person or property during the time of my/our son's attendance at the Sacred Heart Summer Program and School Year or during travel to or from that Summer Program and throughout the School Year, whether or not such damages or injuries were sustained in connection with the Summer Program and School Year or its activities. I/We further agree to indemnify and save harmless the Legionaries of Christ and Sacred Heart Apostolic School from all further claims and demands, cost or expense arising out of injuries or damage sustained by my/our son or by me/us.

I warrant and hereby agree that there is no limitation in time or amount on this waiver.

I/We also hereby waive any right to trial by jury I/we may have in any case or claim brought by or on behalf of me/us against the Legionaries of Christ and Sacred Heart Apostolic School (as defined above) in connection with my/our son's attendance at the Sacred Heart Summer Program and School Year or travel to or from that Sacred Heart Summer Program or throughout the School Year.

I/We also hereby grant permission to the representatives of the Sacred Heart Apostolic School to decide, in case of emergency, what steps should be taken in the care of my/our son according to the prudent judgment of the attending physician. I/We furthermore accept full responsibility for any and all medical expenses incurred in the treatment and care of my/our son while under the care of the Sacred Heart Apostolic School.

I/We release and waive, and further agree to indemnify, hold harmless or reimburse Sacred Heart Apostolic School, the individual members, agents, directors, officers, employees, volunteers and representatives thereof, as well as all agents from and against, any claim which I, any other parent or guardian, any sibling, the above-named person or any other person, firm or corporation may have or claim to have, known or unknown, directly or indirectly, for any losses (including attorneys' fees incurred by Sacred Heart Apostolic School or any of its individual employees, agents, volunteers, etc. in enforcing this indemnity provision without limitation in time or amount), damages or injuries arising out of, during, or in connection with the child's participation in the activities, the travel to and therefrom, and the rendering of emergency medical procedures or treatment, if any. I/We understand that this release and indemnification shall survive the end of my child's participation in the activities referenced on this form.

Son's Information

First	Middle	Last
Date of birth		SSN

Contact Information

Home Address	City	State	Zip
Home phone number	Mom's cell phone number	Dad's cell phone number	

Emergency Information

Please provide the names of two close friends or relatives who can be contacted in case of emergency		phone number/cell phone
X		
Signature of father/guardian	Date	
X		
Signature of mother/guardian	Date	

Medical Insurance Information

Name of guarantor		Relationship to patient		
Date of birth		SSN		
Name of employer	Address of employer		City	State Zip
Insurance Company	Group number		Identification number	
Address of insurance company		City	State	Zip

☐ **Check here if you have no medical insurance policy.**

Medications:

Please list medications being taken and any known allergies to medicines.

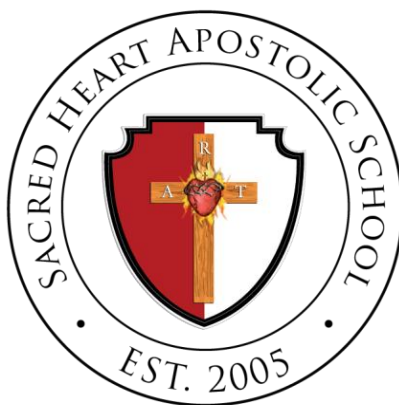
Allergies:

Please list any known allergies to medicines.

*Please attach a copy of the insurance card.

SACRED HEART APOSTOLIC SCHOOL

Historial Académico



Todos los solicitantes deben:

1. ***Haber cursado y aprobado el 7º grado***
2. ***Tener al menos 13 años de edad a principios de septiembre del próximo año escolar.***

Dado que cada chico proviene de un entorno académico diferente, los estudiantes serán evaluados durante el verano para descubrir sus fortalezas y desafíos personales. Es útil, entonces, tener un historial completo del progreso académico del solicitante.

Requisitos de boletas escolares

1. Se debe obtener un registro oficial de logros académicos en la oficina de registros escolares.
2. Los niños que ingresan deben presentar una boleta para cada año desde el 7º grado hasta el presente.
3. Los estudiantes de Home school deben producir una boleta de calificaciones y una evaluación general desde el 7º grado hasta el presente.

1.) ¿A qué tipo de escuela asiste actualmente? (Marque la casilla correcta).

☐ escuela pública ☐ privada ☐ home school ☐ otros (sírvase indicar):

1. Desglose de la historia de la escuela:				Estado	Años académicos asistidos	Niveles de grado completados
Nombre de la escuela						
Pública						
Privada						
2. Desglose de la historia de la	Estado	Años académicos	Niveles de grado			

3.) ¿Se saltó un año? ☐ SÍ / ☐ NO *En caso afirmativo, especifique:*

¿Qué grados?	¿A qué edad?	Razones

4.) ¿Lo retuvieron un año? ☐ SÍ / ☐ NO *En caso afirmativo, especifique:*

¿Qué grados?	¿A qué edad?	Razones

1. ¿Tiene alguna necesidad especial con respecto a sus estudios?

1. ¿Hubo algún problema disciplinario en la escuela con respecto a los estudiantes o al personal? ¿Cómo se resolvieron?

SACRED HEART APOSTOLIC SCHOOL

Medical Information



Guidelines for the Examining Doctor

(This page is to be presented to physician with Medical History forms)

1. Please fill in **Form B** beginning with the corresponding information in the box labeled “Doctor’s Information.”
2. The applicant should fill in **Form A**, providing the “personal and family information,” before the exam so that the doctor will have them on hand during the interview, and will have a general vision that will help him to guide the anamnesis and the physical exam. He should also have access to any clinical exams that have been done.
3. In the spaces reserved for the doctor in the section on personal and medical data, the doctor should clearly indicate the objectivity of the applicant’s responses. That is:
 - In the family anamnesis section, to indicate the relative risk of sickness, specifying the degree of kinship for positive answers.
 - In the “Personal Anamnesis” section referring to sicknesses (question 1), to indicate everything that could be helpful for a future record: when it began, length, gravity, associated disorders, etc.
 - In question 2, whenever the answer to the question is positive, always make a note on the objectivity of the response, and specify the useful data.
4. In the section reserved for the “Physical Examination,” abnormalities should be indicated in a clear manner, with as much detail as possible.
5. The same should be done with medical exams that should accompany the report in the form of annexes.
6. In the diagnostic sections, if the anamnesis, the physical exam, and the laboratory exams are normal, mark the chart “Normal”. If it is not, indicate the diagnosis in the most detailed way possible and indicate the treatments and studies suggested in the section “Observations”.

Form A**SACRED HEART APOSTOLIC SCHOOL****CONFIDENTIAL***(to be filled out by applicant, will be kept **confidential** by school)***2024 Medical History Report****A.) Patient Information**

		/ /	
Last name	First name	Date of birth	Birth place (city, state, country)
Current residence (city, state, country)	Insurance Provider	Policy number	

B.) Family Information

Father living?	Yes ☐	Age:	Physician may add comments
	No ☐	Cause of death:	
Mother living?	Yes ☐	Age:	
	No ☐	Cause of death:	

Has any of your immediate family (including grandparents, aunts & uncles) suffered from these illnesses?

	Yes	No	Physician may add comments
High blood pressure			
Heart disease			
Diabetes			
Tuberculosis			
Kidney failure			
Obesity			
Anemia			
Hemorrhage			
Cancer			
Alcoholism			
Mental illness			

C.) Personal Medical Information

1.) Are you taking medication?	Yes ☐	No ☐	If yes, specify: which, for what & duration?

e.g. Zanax, Paxil, Dexedrine, Prosac, Ritalin...etc.			
2.) Do you follow a special diet?	Yes ☐	No ☐	If yes, specify: of what does it consist?
E.g. Allergic reaction to milk, shellfish, peanuts...etc			
3.) Any behavior anomalies?	Yes ☐	No ☐	If yes, specify: since when & duration?
E.g. Bipolar, anxiety attacks, depression, hyperactivity, ...etc.			
4.) Any physiological learning difficulties?	Yes ☐	No ☐	If yes, specify gravity and treatment.
E.g. Dyslexia, attention deficit (ADD / ADH), stuttering...etc.			

SACRED HEART APOSTOLIC SCHOOL

CONFIDENTIAL*(To be filled out by a State-licensed physician)*Medical History Report

For use of the SG/ST Ref.				
Doctor's Information				
				/ /
Physician name	License #	Country	State/Province	Date
		()	()	
Place of examination (suite, address, city, state/ province, country)		Office Phone number		Office Fax number

Personal Anamnesis			
1.) Have you ever had, have you now, or do you experience the following?			
	Yes	No	Physician Comments
Adverse reaction to medicine			
High blood pressure			
Heart palpitations			
Any heart disease			
Anemia			
Hemorrhage			
Diabetes			
Thyroid disease			
Scarlet Fever, Erysipelas			
Asthma			
Tuberculosis			
Bronchitis			
Gastritis or stomach ulcer			
Jaundice or Hepatitis			
Typhoid fever			
Rheumatic fever			
Neuritis			
Urinary infections			
Urinated a stone			

Rupture, Hernia			
Kidney failure			
Tumor, growth, cyst			
Hemorrhoids			
Varicose veins			
Allergies			
Sinus infection			
Psoriasis or skin disease			
Arthritis or rheumatism			
Epilepsy or seizures			
Locked elbow or shoulder			
Locked knee			
Swollen or painful joints			

2.) Have you now or at any time did you have one of the following?

	Yes	No	(space reserved for doctor)
Frequent headaches			
A strong blow to the head			
Sometimes shake involuntarily			
Ever lost consciousness			
Loss of memory or amnesia			
Any type of paralysis			
Chronic leg cramps			
Problems with your vision			
Tiredness from reading			
Use glasses or contact lenses			
Pain or discharge in your ears			
Frequent dizzy spells			
Chronic tonsillitis or pharyngitis (sore throat)			
More than one cold per year			
Chronic cough			
Missing any teeth			
Severe tooth or gum trouble			
Use a prosthesis			
Ever spit blood			
Easily get tired			
Pressure in the chest			
Gall bladder trouble			
Frequent indigestion			
Stomach/intestinal problems			
Diarrhea several times a month			
Frequently get constipation			
Frequently vomiting or feel nausea			

Car, train, sea or air sickness			
Difficulty urinating			
Need to urinate many times a day			
Bedwetting after age 12			
Hearing loss			
Wear a hearing aid			
Missing a finger or toe			
Difficulties with walking or exercise			
Any bone deformities			
Any fractures			
Pains in your knees or back			
Suffer from anxiety			
Insomnia			
Sleepwalk			
Easily get distracted			
Have you ever been in psychological treatment?			
Have you ever suffered from depression?			
Have you missed any required vaccines?			
Have you lost weight in the last few months?			
Are you presently taking any medication?			

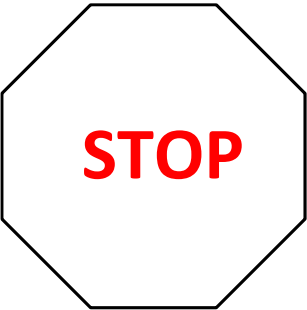
Physical Examination							
Height		Weight		Bodily constitution			
Blood pressure		Pulse		Breathing frequency		Temperature	
<i>Indicate whether it is normal or abnormal, marking off any abnormalities.</i>							
	N	A	Observations				
Posture, walking							
Balance							
Skin (color, moisture, scars), lymphatic							
Sensation							
Varicose anomalies							
Edema, Adiposo textura							
Lymph nodes							
Muscle tone							
Joints (appearance, mobility)							
Spinal cord							
Upper extremities (strength, range of motion)							
Lower extremities (strength, range of motion)							
Head and face							

Eyes (<i>general</i>)			
Ophthalmoscopic			
Pupils (<i>equality and reaction</i>)			
Ocular motion (<i>parallel motion, nystagmus</i>)			
Nose			
Sinuses			
Ears (external, middle, internal)			
Hearing			
Mouth and throat			
Teeth			
Neck			
Thorax (inspection)			
Lungs			
Heart (size, rhythm, sounds)			
Vascular system (varicosities, etc.)			
Abdomen (liver, spleen, hernias)			
Genital-urinary system			
Hands			
Feet			
Spine, musculoskeletal, scoliosis?			
Endocrine system			
Other			
Describe every abnormality in detail:			
Observations (<i>treatments, recommendation, direction to a specialist, etc.</i>)			

I certify that the above diagnoses correspond to _____
Applicant

Doctor's signature and stamp

Date of examination



Doctor's signature and stamp must be included for the medical history to be considered valid. If not, the medical history will be returned to you for completion.

HISTORIAL MÉDICO COMPLEMENTARIO

(A llenar por los padres)

1. ¿Hay alguna atención médica especial de la que se deba informar a la escuela? (Por ejemplo, uña encarnada, pie de atleta, sensibilidad al sol, ... etc.)

2. ¿Hay algún medicamento del que se deba informar a la escuela? IMPORTANTE: cualquier medicamento que se vaya a tomar durante el Programa de Verano debe estar indicado: ***especificar las dosis, la forma de administración y la frecuencia.***

3. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento para ADD, ADHD o está tomando actualmente algún medicamento?
¿Necesita continuar algún tratamiento mientras participa en el programa de verano?

1. Por favor, cuéntenos sobre cualquier alergia o reacción alérgica que su hijo haya estado experimentando (picaduras de abejas, polen, productos lácteos, cacahuetes, trigo, cualquier producto alimenticio, perros, gatos, etc.)

2. ¿Su hijo experimenta mareos o desmayos durante una actividad física vigorosa? ¿Se deshidrata rápidamente? ¿Le gustaría informar a la escuela de algún síntoma que deban vigilar? ¿Su hijo necesita supervisión adicional mientras hace senderismo o escalada? ¿Por qué?

1. ¿Tu hijo es un buen nadador? ¿Puede manejarse bien en el agua?

SACRED HEART APOSTOLIC SCHOOL

CONFIDENTIAL

INDIANA IMMUNIZATION REQUIREMENTS: SECTION 3

The State of Indiana requires all schools to have on file **an official record of each student's immunization history**. This information must be included with your son's application to the Sacred Heart Apostolic School and **must be** filled out on the ***official Sacred Heart Apostolic School Vaccine Record*** included in the admission packet. If the doctor cannot transcribe the immunization record, please neatly transcribe each vaccination exactly as written and then have the doctor sign to verify that the information is correct.

An immunization chart published by the Indiana Department of Public Health is included to help your physician evaluate whether all the immunizations required by Indiana state law have been administered before your son attends the summer introductory course.

In addition, the Sacred Heart Apostolic School is required to have a permission form allowing the administration of further immunizations if needed and as required by law.

For this reason, three permission forms are included. The Apostolic School must receive **only one** of the following documents:

Document A Full parental consent for immunizations.

Document A grants parental consent to the Sacred Heart Apostolic School to conduct any and all needed immunizations.

Document B Partial (medical) exemption from immunizations.

A student receives a **medical** exemption upon filling out the included partial exemption form and **by presenting a letter signed by a licensed physician on his/her stationery** stating briefly the reason for the exemption, whether it is a temporary or permanent exemption and to which vaccination(s) does the exemption apply.

Document C Total (religious) exemption

A student receives a **religious** exemption upon presenting a notarized form (the form does not need to be notarized in the State of Indiana) stating that the child should not receive immunization(s) because of conflicts with his religious beliefs.

COST OF EACH VACCINE:

Depending on your health plan and the additional discounts available through your health carrier, the vaccines that are required may require little or no additional costs on your part. In any case, the school will contact you at the time of the application of any vaccine(s) regarding any payments required in order to cover the vaccination expenses. An effort will be made to keep the costs as low as possible.

SACRED HEART APOSTOLIC SCHOOL

CONFIDENTIAL

Indiana Immunization Requirements

AGE	Hep- B Hepatitis B	DtaP/DTP Diphtheria, *Tetanus, Pertussis	Hib Haemophilus Influenzae Type b	IPV/OPV Polio	MMR Measles, Mumps, Rubella	Chicken- Pox Varicella
Birth	 Shot (1) Birth – 2 months					
1 month	 Shot (1) 1 – 4 months					
2 months		 Shot	 Shot	 Shot Or  Liquid		
4 months		 Shot	 Shot	 Shot Or  Liquid		
6 months	 Shot (1) 6 – 18 months	 Shot	 Shot (2)			
12 months			 Shot (1) 12 – 15 months	 Shot Or (1,3) 12 – 18 months	 Shot (1) 12 – 15 months	 Shot (1) 12 – 18 months
15 months		 Shot (1,4) 12 – 18 months				
4 - 6 years		 Shot		 Shot Or  Liquid	 Shot	Children who are 12 months of age through 12 years of age (who have not had chicken pox) need to be vaccinated with one dose.
11 – 12 years	 Shots	 Shot			Give 4 – 6 years of age or at 11 – 12 years of age.	Children 13 years of age & older (who have not had chicken pox or been previously vaccinated) need 2 doses.
13 – 16 years	All teens need 3 hepatitis B shots if they haven't already Received.	This is a TD*5 Shot. It does not contain Pertussis vaccine.				
Were you or your child born in a country where hepatitis B is a common disease? If so, your child, no matter what his or her age, should be vaccinated against hepatitis B. Don't wait until your child reaches a certain age. Your child is at increased risk for this disease and needs protection now.						

1. This is the age range in which the vaccine should be given.
 2. Depending on the brand of Hib vaccine used for the 1st and 2nd doses, a dose at 6 months of age may not be needed.
 3. If an all- OPV schedule is used, the 3rd dose can be given at 6 – 18 months.
 4. May be given as early as 12 months of age if 6 months have elapsed since the previous dose and if you think the child might not return on time.
 - *5. This TD (Tetanus toxoid) shot must be updated every 10 years.
- Talk to your health care provider about whether or not your child needs to receive shots for hepatitis A, influenza, or pneumococcal disease. Certain children are at risk for these diseases and need to be immunized against them.

SACRED HEART APOSTOLIC SCHOOL

CONFIDENTIAL

VACCINE RECORD

(No other immunization record will be accepted; please fill this out and give it to your doctor's office for them to review it, sign it and place the doctor's stamp at the bottom)

Patient name _____ Date of birth _____
 Chart number _____

Before administering any vaccines, give the parent/guardian all appropriate copies of Vaccine Information Statements (VISs) and make sure they understand the risks and benefit(s). Update the Patient's personal record card or provide a new one whenever you administer vaccine.

Vaccine	Type of vaccine * (genetic abbreviation)	Date given (mo/day/yr)	Route	Site given (RA, LA, RT, LT)	Vaccine lot #	Vaccine mfr.	Vaccine information Statement Date of VIS	Vaccine information Statement Date given	Signature/ initials of vaccinator
Hepatitis B (e.g., Hep B, Hip-HepB, DTaP-HepB-IPV)			IM						
			IM						
			IM						
			IM						
Diphtheria, Tetanus, Pertussis, (e.g., DTaP, DT, DTaP-Hiv, DTaP-HepB-IPV, Td)			IM						
			IM						
			IM						
			IM						
			IM						
			IM						
			IM						
Haemophilus,			IM						
Influenzae type B (e.g., Hib, Hib-HepB,			IM						
			IM						

DTaP-Hib)			IM						
Polio (e.g., IPV, DTaPHepB-IPV)			IM-SC						
			IM-SC						
			IM-SC						
			IM-SC						
Pneumococcal Conjugate (PCV)			IM						
			IM						
			IM						
			IM						
Measles, Mumps Rubella (MMR)			SC						
			SC						
Varicella (Var)			SC						
			SC						
Hepatitis A**			IM						
			IM						
Influenza** (Flu)			IM						
			IM						
			IM						
			IM						
			IM						
Other**									
Other**									

I hereby certify the above record to be accurate and up to date in accordance with the information that is currently held at our office.

Physician **x** _____ Date _____
signature

Stamp (place to the right or below):

SACRED HEART APOSTOLIC SCHOOL

CONFIDENTIAL

(Please fill out only one of the following: A, B or C)

COMPLETE PARENTAL CONSENT FORM:

Document A Full parental consent for immunizations

I(We), _____, parent(s)/guardian(s) of _____, give

Sacred Heart Apostolic School permission to give my child, _____,

any **required and recommended** vaccines* due now and during the next twelve months.

X _____
parent (guardian) signature

X _____
parent (guardian) signature

date

student's date of birth

*Vaccinations may involve a cost to the parents of the student.

SACRED HEART APOSTOLIC SCHOOL

CONFIDENTIAL

Document B Partial medical exemption from immunizations

A student receives a **medical exemption** upon presenting a letter signed by a licensed physician on his/her stationery stating the reason for the exemption, whether it is a temporary or permanent exemption and to which vaccination(s) does the exemption apply:

PARENTAL CONSENT: the following consent form is to be filled out in case you wish to grant partial consent for your son to be immunized while claiming exemption to particular immunization based on medical reasons.

Please list which immunization(s) this exemption applies to:

1. _____
2. _____
3. _____

I(We), _____, parent(s)/guardian(s) of _____, give the Sacred Heart Apostolic School partial consent to give my child, _____, any State of Indiana required and recommended vaccines* due now and during the next twelve months except for those listed above. I (we) are presenting a letter **signed by a licensed physician** on his/her stationery stating the reason for the exemption(s).

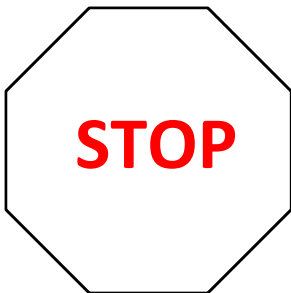
X _____
parent (guardian) signature

X _____
parent (guardian) signature

date

student's date of birth

*Vaccinations may involve a cost to the parents of the student.



The partial medical exemption from immunizations must include the physician letter, on his or her letterhead stationery, to be considered valid according to Indiana law.

SACRED HEART APOSTOLIC SCHOOL

CONFIDENTIAL

Document C Total exemption from Immunization

RELIGIOUS EXEMPTION

To Whom It May Concern:

As the parent(s)/guardian(s) of _____, I/we hereby assert that the immunization of this student would be contrary to the religious beliefs of this child. Therefore, this child shall be exempt from the required immunization(s) under Indiana immunization law.

X _____
parent (guardian) signature

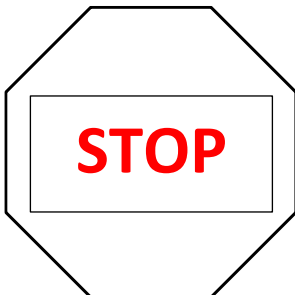
X _____
parent (guardian) signature

X _____
signature of notary/Justice of the Peace

Seal of notary (please place in box below):

name of student (please print)

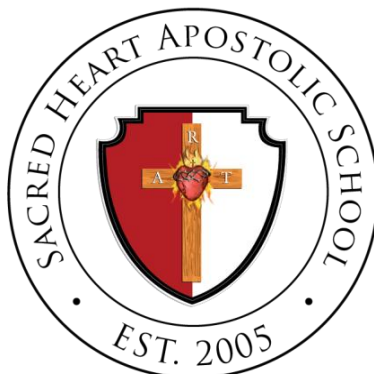
date of birth



The notary's seal and signature must be applied in order for this total exemption from immunizations document to be considered valid according to Indiana law.

SACRED HEART APOSTOLIC SCHOOL

Información de Viaje – Programa de Verano



COMUNICACIÓN

1. Por favor, infórmenos de los planes de viaje de su hijo por correo, correo electrónico o teléfono **antes del 16 de julio**.
2. Realice vuelos hacia y desde el **aeropuerto Chicago Midway (MDW) o South Bend International (SBN)**.
 - Envíe una copia del itinerario de vuelo a: admissions@shaschool.com.

Información de llegada: 19 de julio

AEROLINEA	FLT #	DPT CITY	DPT TIME	AM/PM	ARR CITY	ARR TIME
						Después de la 1:00pm Antes de las 6:00pm

¿Su hijo es un menor no acompañado? ☐ sí ☐ no

En caso afirmativo, ¿se ha pagado la tarifa de menor no acompañado? ☐ sí ☐ no

Información de salida: 9 de agosto

AEROLINEA	FLT #	DPT CITY	DPT TIME	ARR CITY	ARR TIME	AM/PM
			Después de las 10:00 am Antes de las 2:00pm			

¿Su hijo es un menor no acompañado? ☐ sí ☐ no

En caso afirmativo, ¿se ha pagado la tarifa de menor no acompañado? ☐ sí ☐ no

SACRED HEART APOSTOLIC SCHOOL

Document Orientation



1. Sacred Heart Apostolic School es reconocida como una institución educativa por la Secretaría de Educación del Estado de Indiana. Se requiere que la escuela tenga en el registro los documentos de cada estudiante.
2. Si su hijo no se inscribe para el año escolar, se le devolverán todos sus documentos.

Lista de verificación de los documentos solicitados (las fotocopias son suficientes, excepto las académicas y médicas):

- ✓ **Certificado de nacimiento**
- ✓ **Certificado de Bautismo**
- ✓ **Certificado de Primera Comunión**
- ✓ **Certificado de confirmación** (si corresponde)
- ✓ **Certificado de matrimonio eclesiástico de los padres** (de lo contrario, especifíquelo por escrito e incluya los documentos pertinentes)
- ✓ **Formulario de historial médico** completado por un médico con licencia estatal
- ✓ **Registro de estado de vacunación** del consultorio de un médico con licencia estatal
- ✓ **Transcripciones escolares** (consulte la historia académica para obtener más detalles)