



CAP CANA HERITAGE SCHOOL
Ciudad las Canas, Cap Cana, La Altagracia, R.D.
Tel: 809-469-7200

REQUISITOS DE MATRICULACIÓN PARA NIDO HASTA 6TO DE SECUNDARIA

- Autorización de Matriculación del Ministerio de Educación Dominicano (estudiantes extranjeros de 2do hasta 6to grado del Nivel Primario).
- Convalidación de estudios realizada por el Ministerio de Educación Dominicano (estudiantes del 1ero al 5to grado del Nivel Secundario).
- Entregar reporte de calificaciones finales o reporte progreso del colegio de procedencia.
- Certificado de Conclusión de Nivel Primario 1ro a 5to de secundaria.
- Resultados de Exámenes Estandarizados (Si Aplica).
- Entregar Acta de Nacimiento Original.
- Entregar Acta de nacimiento Original traducida por un intérprete Judicial (para estudiantes extranjeros cuyo idioma no es el Español).
- Carta de Saldo y de buen historial de pago (Si viene de un colegio dominicano).
- Copia Récord de Inmunizaciones.
- Formulario de Matriculación.
- Formularios médicos.
- Certificado Dental (Nursery a 6to grado de secundaria).
- Certificado Oftalmológico (Nursery a 6to grado de secundaria).
- Certificado de Examen Auditivo (Nido-PreKinder).
- Cuatro (4) Fotos (2" x2"). (digital y física)

** No hay formularios a llenar para las citas del oftalmólogo, ni dentista. Los médicos deben de proveer un certificado de la evaluación.



CAP CANA HERITAGE SCHOOL
FORMULARIO DE MATRICULACIÓN
Año Escolar 2021-2022

PHOTO

Por favor complete este formulario. Le recomendamos leer cuidadosamente ya que el mismo contiene información importante con relación a la admisión a CCHS. La firma del padre o tutor es requerida en el Formulario de Matriculación y en todas las páginas anexas al mismo.

Complete en letra de molde

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

FECHA DE SOLICITUD:		GRADO AL QUE SOLICITA:	
NOMBRE (S):		APELLIDO (S):	GENERO: M ___ F ___
FECHA DE NACIMIENTO: ___(mes), ___(día), ___(año)		LUGAR DE NACIMIENTO:	NACIONALIDAD:
# DE PASAPORTE/ID:		IDIOMA QUE HABLAN EN CASA:	
DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA:		TELÉFONO DE LA CASA:	
NUEVO EN CCHS: Si ___ No ___	NOMBRE Y PAÍS DE LA ESCUELA DE PROCEDENCIA:		
GRADO QUE ESTÁ CURSANDO ACTUALMENTE:			

RELIGION DEL ESTUDIANTE:			
¿PARA FINES ESTADÍSTICOS, COMO DEBE SU HIJO/A SER IDENTIFICADO/A?	HISPANO: ___	OTRO ___	
	ASIÁTICO: ___	POR FAVOR ESPECIFIQUE:	
AFROAMERICANO: ___	CAUCÁSICO: ___		
MULTIRACIAL: ___			
SOLICITANTE VIVE CON: (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN):		DIGA SI LO SIGUIENTE APLICA AL ESTUDIANTE:	
<input type="checkbox"/> AMBOS PADRES	<input type="checkbox"/> TIO	<input type="checkbox"/> MADRE FALLECIDA	<input type="checkbox"/> CUSTODIA COMPARTIDA
<input type="checkbox"/> MADRE	<input type="checkbox"/> MADRASTRA	<input type="checkbox"/> PADRE FALLECIDO	<input type="checkbox"/> MADRE TIENE LA CUSTODIA
<input type="checkbox"/> PADRE	<input type="checkbox"/> PADRASTRO	<input type="checkbox"/> HOGAR MONOPARENTAL	<input type="checkbox"/> PADRE TIENE LA CUSTODIA
<input type="checkbox"/> TUTOR	<input type="checkbox"/> ABUELA	<input type="checkbox"/> PADRES DIVORCIADOS	<input type="checkbox"/> ADOPTADO/A
<input type="checkbox"/> NIÑERA	<input type="checkbox"/> ABUELO	<input type="checkbox"/> PADRE SE VOLVIO A CASAR	<input type="checkbox"/> OTRO
<input type="checkbox"/> TIA	<input type="checkbox"/> OTRO _____	<input type="checkbox"/> MADRE SE VOLVIO A CASAR	

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

FECHA DE NACIMIENTO: ___(MES), ___(DÍA), ___(AÑO)	NACIONALIDAD:	CEDULA O PASAPORTE:
CELULAR:	EMAIL:	
DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA:		TELÉFONO DE LA CASA:
OCUPACIÓN:	PROFESIÓN:	
LUGAR DE TRABAJO:	DIRECCIÓN DEL TRABAJO:	TEL. TRABAJO:
NOMBRE DE PADRE (TUTOR):		
FECHA DE NACIMIENTO: ___(MES), ___(DÍA), ___(AÑO)	NACIONALIDAD:	CEDULA O PASAPORTE:
CELULAR:	EMAIL:	
DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA:		TELÉFONO DE LA CASA:
OCUPACIÓN:	PROFESIÓN:	
LUGAR DE TRABAJO:	DIRECCIÓN DEL TRABAJO:	TEL. TRABAJO:

OTROS HIJOS

NOMBRE: _____ / _____ / _____ (Apellidos) (1er nombre) (2do nombre)	EDAD:	INSTITUCIÓN EDUCATIVA:
NOMBRE: _____ / _____ / _____ (Apellidos) (1er nombre) (2do nombre)	EDAD:	INSTITUCIÓN EDUCATIVA:
NOMBRE: _____ / _____ / _____ (Apellidos) (1er nombre) (2do nombre)	EDAD:	INSTITUCIÓN EDUCATIVA:
NOMBRE: _____ / _____ / _____ (Apellidos) (1er nombre) (2do nombre)	EDAD:	INSTITUCIÓN EDUCATIVA:
NOMBRE: _____ / _____ / _____ (Apellidos) (1er nombre) (2do nombre)	EDAD:	INSTITUCIÓN EDUCATIVA:

EN CASO DE EMERGENCIA, FAVOR SUMINISTRAR NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO DE UN FAMILIAR, VECINO O AMIGO.

NOMBRE COMPLETO:	CELULAR/TELÉFONO:
	RELACIÓN CON EL ALUMNO/A:
NOMBRE COMPLETO:	CELULAR/TELÉFONO:
	RELACIÓN CON EL ALUMNO/A:

OTROS HIJOS QUE SOLICITAN ADMISIÓN

Un Formulario de matriculación deberá ser llenado por cada niño de la familia que solicite matricularse en el Colegio. Favor indicar los nombres y cursos de otros niños solicitando admisión en el CCHS.

NOMBRE: _____ / _____ / _____ (Apellidos) (1er nombre) (2do nombre)	GRADO AL QUE APLICA:
NOMBRE: _____ / _____ / _____ (Apellidos) (1er nombre) (2do nombre)	GRADO AL QUE APLICA:
NOMBRE: _____ / _____ / _____ (Apellidos) (1er nombre) (2do nombre)	GRADO AL QUE APLICA:
NOMBRE: _____ / _____ / _____ (Apellidos) (1er nombre) (2do nombre)	GRADO AL QUE APLICA:
NOMBRE: _____ / _____ / _____ (Apellidos) (1er nombre) (2do nombre)	GRADO AL QUE APLICA:

Yo _____ en representación de la familia _____, Padre/Madre/Tutor(a) de:

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	PRÓXIMO GRADO:
NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	PRÓXIMO GRADO:
NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	PRÓXIMO GRADO:
NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	PRÓXIMO GRADO:

Estoy de acuerdo con la necesidad meritoria de asistir a las reuniones particulares o colectivas que convoque el colegio, sabiendo que la indiferencia de los padres o tutores repercute tanto en el desenvolvimiento de los alumnos como en el de la institución.

Admito haber leído y estoy de acuerdo en cumplir con todos los términos y condiciones en el formulario de matriculación y admisión, y en seguir todos los pasos necesarios para completar la solicitud y el proceso de admisión.

Entiendo que el proceso de matriculación de mi hijo/a no está concluido hasta no completar el expediente de mi hijo/a con los documentos requeridos.

Si la escuela requiere que mi hijo/a sea referido/a a un especialista y/o reciba apoyo adicional, ya sea de índole académico o psicológico, entiendo que es mi deber sufragar dichos costos.

Admito haber leído y estoy de acuerdo en cumplir con todos los términos y condiciones en el formulario de matriculación y admisión, y en seguir todos los pasos necesarios para completar la solicitud y el proceso de admisión. • Entiendo que el proceso de matriculación de mi hijo/a no está concluido, hasta tanto sean entregados todos los documentos requeridos, y realizados los pagos correspondientes al plan elegido en su totalidad. • Estamos de acuerdo en seleccionar un plan de pago y me comprometo a realizar dichos pagos en las fechas establecidas de acuerdo al plan elegido. Entiendo para que mi hijo(a) pueda iniciar las clases en agosto debo haber realizado el pago correspondiente antes de las fechas establecidas. Reconozco que en caso de retirar a mi hijo(a) antes del día 30 de junio, el colegio me devolverá el 60% de la colegiatura; de ser antes del día 31 de julio, un 50%. A partir del 1ro de agosto no me será reembolsado ningún monto. Acepto que el monto pagado por concepto de Asociación de Padres no es reembolsable. De no cumplir con el acuerdo de pago de la matrícula y/o cualquier otra deuda del año escolar en curso, entiendo que el Colegio Cap Cana Heritage School se reserva el derecho de no readmitir mi hijo/a en el colegio el próximo año. Asimismo, el Colegio se reserva el derecho de solo aceptar el Plan Único para la re-matriculación/matriculación del alumno/a, cuando haya existido un precedente de incumplimiento de los pagos.

Modalidad. Acepto que, Cap Cana Heritage School podrá impartir la docencia de manera presencial, semipresencial o virtual, conforme las instrucciones del ente regulador, MINERD, sin que esto implique cambios en el acuerdo de servicio.

Protocolo Sanitario. Reconozco y me comprometo a cumplir y velar por el debido cumplimiento del protocolo sanitario institucional, y a su vez, reconozco y acepto que el COVID-19, es una Pandemia (nivel mundial), por lo que el contagio del mismo puede ser producido en cualquier espacio de circulación de "El Estudiante", sin que genere responsabilidad civil, penal, sanitario y/o de ninguna índole a Cap Cana Heritage School, ante un posible contagio.

El Colegio se reserva el derecho de admitir o rechazar alumnos para matriculación.

Autorizo a mi hijo/a cuyo nombre aparece en este formulario de Matriculación a participar en actividades organizadas por el colegio, comprendiendo que la institución proporciona una atención adecuada, pero que la misma no se hace responsable por cualquier accidente o daño que pueda ocurrir a los niños en tales actividades.

Entiendo que la escuela se reserva el derecho de aplicar sanciones a un alumno/a por razones de índole académica o de incumplimiento de las reglas y compromisos asumidos con la institución.

Estamos de acuerdo en cumplir con las políticas y las normas estipuladas en el Manual de Estudiantes y Familia vigente del Cap Cana Heritage School y con los estatutos de la Asociación de Padres y Maestros y con las Normas de Convivencia del Ministerio Dominicano de Educación, los cuales rigen la vida académica de la institución y contentivos de las obligaciones que asumimos los que participamos en el proceso educativo de nuestros hijos/hijas.

Estamos de acuerdo que las fotografías y videos que se toman en el día a día, en las actividades sociales, extracurriculares y festivas del colegio en que aparece mi hijo/a puedan salir en los medio sociales y promocionales de la institución. Si _____ o NO _____

Cap Cana Heritage School también puede decidir que la familia no puede continuar en la escuela si el comportamiento de los padres o tutores no cumple con las normas de educación y cortesía, con los reglamentos de CCHS o si estas conductas, comentarios y acciones perjudican la imagen del colegio o de Cap Cana ante las instituciones educativas, la comunidad nacional o internacional o si muestran conductas consideradas inapropiadas por la administración de la institución hacia los demás miembros de la comunidad educativa (alumnos, profesores, invitados, empleados de Heritage School y/o Cap Cana, demás padres, etc...).

Yo entiendo que cuando solicito admisión para mi hijo/a en otra institución educativa, el colegio debe de proveer informaciones honestas y fidedignas del comportamiento y rendimiento académico de mi hijo/hija durante su permanencia en esta institución.

Solicito la re-matriculación de mi hijo/a en el Colegio Cap Cana Heritage School con el pleno conocimiento de los términos y condiciones contenidas en este documento para la matriculación en CCHS.

Antes de firmar, favor de leer las condiciones relativas a pagos atrasados y política de reembolso en los formularios de acuerdo de pago.

Firma: _____ Fecha: _____ Firma: _____ Fecha: _____



ACUERDO DE PADRES/TUTORES

AÑO ESCOLAR: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	PROXIMO GRADO:
NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	PROXIMO GRADO:
NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	PROXIMO GRADO:
NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	PROXIMO GRADO:

Yo _____ como madre/tutora y yo _____ como padre/tutor de:

Reconozco que he facilitado a Cap Cana Heritage School toda la información relevante y actualizada con respecto a la salud y el bienestar general de mi hijo/a, como se presenta en el formulario de examen físico entregado por el/ la pediatra.

También aceptamos nuestro compromiso de actualizar periódicamente los cambios de estado de salud y bienestar general, como también proporcionar a Cap Cana Heritage School con información inmediata con relación a cualquier cambio en la salud o condición física de nuestro/a hijo/a y de cualquier deterioro de la condición física o nueva condición de salud. Reconocemos que estos son requerimientos de Cap Cana Heritage School.

Finalmente, reconocemos que Cap Cana Heritage School no es responsable de cualquier condición o situación seria que pueda afectar la salud de nuestros hijos, nosotros renunciamos al derecho de nombrar a Cap Cana Heritage School responsable por las razones mencionadas anteriormente.

Hecho y firmado en Cap Cana, República Dominicana el día _____ del mes _____ del año _____.

Nombre del padre/ Tutor

Firma del padre/ Tutor

Nombre de la madre/ Tutora

Firma de la madre/ Tutora



CAP CANA HERITAGE SCHOOL
FORMULARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE
(2021-2022)

IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	GRADO:
MI HIJO TIENE SEGURO MÉDICO: SI () NO ()	ASEGURADORA/PÓLIZA:
NOMBRE DE MÉDICO DE CABECERA/PEDIATRA:	TELÉFONO/ CELULAR:

EXAMEN FÍSICO

PESO: _____ ALTURA: _____ TIPO DE SANGRE: _____ PRESIÓN ARTERIAL: _____

REVISION POR SISTEMAS:	
GENERAL:	
CABEZA:	
CORAZÓN:	
TORAX:	
ABDOMEN:	
GENITOURINARIO:	
EXTREMIDADES:	
NEUROLÓGICO:	
OTROS:	

Considero que este estudiante se encuentra en condiciones físicas aptas para participar en cualquiera actividad de la escuela:

S () N ()

Si la indicación es "No," favor detallar cualquier restricción:

Certifico que este estudiante está completamente inmunizado/a contra la difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, sarampión, parotiditis, hepatitis A y B, Meningococo y rubéola. S () N ()

Anexar copia del record de vacunación actualizado a la fecha de entrega de este documento.

CCHS no se hace responsable por riesgos elevados asociados por falta de vacunación.

Certifico que la información ofrecida en estos formularios es correcta y actualizada a la fecha en que se firman estos documentos. Acepto que debo actualizar la información médica con regularidad o cuando sea solicitado por el colegio. Entiendo que es mi obligación informar al colegio si mi hijo/a tiene una enfermedad o hay un cambio en su condición de salud.

Nombre del Médico _____ Exequatur _____

Teléfono oficina: _____ Celular: _____

Dirección trabajo: _____

Sello: _____ Firma _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

AFECCIONES DE:	ENFERMEDADES CRONICAS:
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> VISIÓN []<input type="checkbox"/> AUDICIÓN []<input type="checkbox"/> TRASTORNOS EMOCIONALES []<input type="checkbox"/> CONVULSIONES FEBRILES []<input type="checkbox"/> DOLORS DE CABEZA RECURRENTES []<input type="checkbox"/> TRASTORNOS MENSTRUALES RECURRENTES []	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> ASMA []<input type="checkbox"/> DIABETES []<input type="checkbox"/> EPILEPSIA []<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CARDIACAS []<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RENAL []<input type="checkbox"/> ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS []
¿ES EL ESTUDIANTE ALERGICO/A A: MEDICAMENTO, ALIMENTO O AMBIENTAL? SI __ NO __ ESPECIFIQUE _____ _____	¿TOMA SU HIJO/A MEDICAMENTOS DIARIAMENTE? SI __ NO __ NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____ RAZON POR LA CUAL LO TOMA: _____
¿SU HIJO A DADO POSITIVO A SARS-COVID-19? SI __ NO __	¿ES SU HIJO CONSIDERADO DE ALTO RIESGO POR ENFERMARSE DE SARS-COVID-19? SI __ NO __

CONSENTIMIENTO PARA ADMINISTRAR LOS SIGUIENTE MEDICAMENTOS A SU HIJO/A:

TIPO DE MEDICAMENTO:	SI	NO
ACETAMINOFÉN		
ANTIALERGICOS/ANTIHISTAMÍNICOS		
ANALGÉSICOS		
ANTIESPASMODICOS (SERTAL)		
ANTITUSIVOS		
TÓPICOS (CREMA ANTIBACTERIANA, ANTIALÉRGICA, ANALGÉSICA)		

PERSONAS AUTORIZADAS A PARTE DE LOS PADRES A RECOGER A SU HIJO/A EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA:

NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO:
CELULAR / TELÉFONO:	CELULAR / TELÉFONO:
CÉDULA / PASAPORTE:	CÉDULA / PASAPORTE:
RELACIÓN CON EL ALUMNO/A:	RELACIÓN CON EL ALUMNO/A:
NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO:
CELULAR / TELÉFONO:	CELULAR / TELÉFONO:
CÉDULA / PASAPORTE:	CÉDULA / PASAPORTE:
RELACIÓN CON EL ALUMNO/A:	RELACIÓN CON EL ALUMNO/A:

Yo, _____ autorizo a CCHS a brindarle atención médica a mi hijo/a en la clínica más cercana en caso de emergencia.

Certifico que la información ofrecida en estos formularios es correcta y actualizada a la fecha en que se firman estos documentos. Acepto que debo actualizar la información médica con regularidad o cuando sea solicitado por el colegio. Entiendo que es mi obligación informar al colegio si mi hijo/a tiene una enfermedad o hay un cambio en su condición de salud. También reconozco que Cap Cana Heritage School hará todo lo posible por asegurar el bienestar de mi hijo/a.

- Los estudiantes que requieren medicación en la escuela DEBEN traer por escrito una orden/receta de su médico y un consentimiento de los padres por escrito. Por favor llame a la Oficina de Salud en el 809-695-5519 ext. 6031 para obtener el formulario de consentimiento.
- La Oficina de Salud en algunos casos debe compartir la información de problemas graves de salud de los estudiantes con los maestros y otros miembros del colegio.

Nota: El formulario de salud debe ser firmado por ambos padres y / o tutores, si hay más de uno.

Padre/Tutor

Madre/Tutor

Nombre: _____

Nombre: _____

Firma: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Fecha: _____



AUTORIZACIÓN DE SALIDA

LA ADMINISTRACIÓN **NO RECIBIRÁ** ESTE FORMULARIO SIN:

- LOS CAMPOS COMPLETOS POR PERSONA DESIGNADA
- LOS ANEXOS DE IDENTIFICACIÓN DE CADA PERSONA DESIGNADA
- SI EL FORMULARIO ESTÁ ILEGIBLE

AÑO ESCOLAR: _____

Nombre:	Apellido:	Próximo grado:	Género:
Nombre:	Apellido:	Próximo grado:	Género:
Nombre:	Apellido:	Próximo grado:	Género:
Nombre:	Apellido:	Próximo grado:	Género:
Nombre:	Apellido:	Próximo grado:	Género:

Yo _____ madre/padre/tutor autorizo a las siguientes personas a recoger a mi hijo/a:

Madre _____ Padre _____

Nombre	Teléfono	Cédula o Pasaporte	Relación con el niño
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Favor de elegir a las 5 personas que vendrán con más frecuencia a buscar a su hijo/a. Si alguna otra persona que no se encuentre en la lista viene a buscar a su hijo/a deberá notificarlo vía correo electrónico.

Autorizo a mi hijo/a a salir del colegio sin la compañía de un adulto. De irse solo/a conduciendo debe adjuntar una copia de la licencia a este formulario. _____, _____, _____.

En caso de emergencia, favor notificar a _____ del niño al (los) teléfono(s) _____ y/o _____.

Firma del padre/madre/tutor

Fecha



**FAVOR ANEXAR DOCUMENTACIÓN DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS.
CCHS POLÍTICA DE USO ACEPTABLE**

El Cap Cana Heritage School se complace en ofrecer a los estudiantes y al personal de CCHS el uso de las redes de ordenadores para acceder a Internet, correo electrónico y otros materiales en línea. El acceso a los recursos de la red permitirá a los estudiantes a explorar una multitud de sitios educativos e intercambiar mensajes con usuarios de Internet en todo el mundo con el correo electrónico. Estos recursos se utilizarán para apoyar la investigación y ofrecer oportunidades únicas para el trabajo colaborativo. Estos recursos contribuyen a todos los usuarios de la comunidad escolar y, por lo tanto, se deben usar con mucho cuidado.

El acceso a los recursos de la red se da a los estudiantes que aceptan actuar en forma considerada y responsable. El acceso es un privilegio, no un derecho, y conlleva la responsabilidad personal. Los estudiantes que no hayan devuelto un formulario de autorización de Uso Aceptable firmado, tanto por ellos mismos y un guardián, no tendrá un uso independiente de la computadora o de la red de recursos de la escuela. Los usuarios de computadoras de la escuela y de los recursos de red son responsables de su comportamiento y las comunicaciones en la red. A todos los estudiantes se les da su propio espacio personal de almacenamiento en los servidores escolares. Áreas de almacenamiento del sistema pueden ser tratadas como los armarios, los administradores de red pueden revisar archivos y comunicaciones para mantener la integridad del sistema y asegurar que los estudiantes están usando el sistema responsablemente. Los usuarios no deben esperar que los archivos almacenados en los servidores escolares sigan siendo privados. Dentro de lo razonable y lineamientos legales, será honrado la libertad de expresión y el acceso a la información.

Reglas y Responsabilidades

- Sólo puedo usar el equipo que se me ha dicho para usar.
- No voy a dañar el equipo, los ordenadores o recursos de la red.
- Sólo puedo utilizar el software que ha sido aprobado para su uso por los administradores de red de la escuela.
- No voy a cargar (o intentar cargar) cualquier software no aprobado por los administradores escolares en los ordenadores en la escuela.
- No voy a copiar el software de una computadora en la escuela.
- Durante el tiempo de instrucción, voy a estar enfocado en las tareas dadas a mí por mi maestro, a menos que se lo indique. (No se permite navegación de juegos y sitios web de entretenimiento durante el tiempo de instrucción)
- No voy a usar la cuenta de otro estudiante o revelar su contraseña a cualquier persona en cualquier momento.
- Entiendo que todos los recursos de la computadora, incluyendo datos de los estudiantes de áreas de almacenamiento y el correo electrónico son propiedad de la escuela y se pueden buscar y examinar en cualquier momento.
- Si yo creo que otro estudiante ha obtenido información sobre mi cuenta, voy a decirle a un maestro o administrador de la escuela. (Integridad del sistema es responsabilidad de todos los estudiantes. Por lo tanto, el estudiante no debe tener miedo de plantear inquietudes acerca de su cuenta a un administrador. Todas las acusaciones de uso indebido se investigarán completamente antes de que se tomen medidas.)

Si los estudiantes no siguen las responsabilidades mencionadas, los estudiantes recibirán las consecuencias apropiadas descritas en el Manual del Estudiante.

Violaciones

Los ejemplos de violaciones se enumeran a continuación. Dependiendo de la violación y/o la cantidad de daño causado, el estudiante puede perder permanentemente su acceso a la red de la escuela. Todas las violaciones tienen una mínima pérdida de privilegio de un (1) día escolar.

- Jugar en juegos de Internet o escuchar música durante el tiempo de instrucción en aulas de informática.

- El intento de ir en contra a las políticas y restricciones establecidas por el personal de CCHS para bloquear sitios web considerados inadecuados para un entorno educativo.
- El intento de instalar software en computadoras de la escuela.
- El intento de navegar o ver los sitios de redes sociales (como Facebook).
- Daño físico o inutilización de cualquier computadora de la escuela o prevenir cualquier ordenador de la realización de las funciones normales.
- La intimidación a los estudiantes con el fin de obtener información de sus cuentas.

Estos son sólo algunos ejemplos de prácticas inaceptables. Otras acciones no mencionadas aquí pueden ser consideradas inaceptables por la escuela y los administradores de red. Preguntas sobre el uso adecuado se pueden dirigir hacia el Director o Maestro de Tecnología.

Yo, _____, he leído y entendido la Política de Uso Aceptable CCHS. Al firmar, estoy de acuerdo en seguir las reglas y los procedimientos asociados con la tecnología en la escuela.

Firma del Estudiante

Fecha

Firma del Padre

Fecha

**INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR EQUIVALENCIA
DE ESTUDIOS REALIZADOS EN EL EXTERIOR
SECCIÓN DE CONVALIDACIONES
TEL. 688-9700 ext. 2844 / 2827**

1. Documentos que acrediten haber cursado y aprobado estudios en el exterior, estos **deberán estar legalizados** en el país donde fueron cursados dichos estudios, por las siguientes instituciones:
 - a) **Ministerio de Educación del país de procedencia.**
 - b) **Apostille (Convenio de la Haya) del país de procedencia.**
 - c) **Documentos debidamente firmado por el centro Educativo del país de procedencia.**
2. Certificación oficial de **Educación primaria** o notas equivalentes. (1ro a 6to)
3. Certificación de conclusión del nivel primario.
4. Relación de notas año por año de Educación Secundaria Ejemplo:
Si tiene aprobado 4 o 6 años de estudios presentar los Record de notas **de 1ro, 2do, 3ro, 4to, 5to, 6to** Años. En el caso de tener acreditado los estudios con algún **Título, Certificado o Diploma** presentarlo también.
5. Acta de Nacimiento Original.
6. Si los documentos están en otro idioma, deberá estar traducidos al **Idioma Español** por un intérprete público autorizado y presentar traducción en original, legalizado por la Procuraduría General de la República.
7. Traer carta de asistencia.
8. Solicitud por escrito de la Convalidación u Homologación de Estudios.
9. Visa Múltiple.
10. Fotocopias de los documentos y adjuntar los originales.