



ST. CATHERINE'S ACADEMY

OFICINA DE ADMISIONES

Deisy Escobedo
215 N. Harbor Blvd.
Anaheim, CA 92805
T 714-772-1363 x154 F 714-772-3004
admissions@stcatherinesacademy.org

A Boys' Catholic School with a Military Tradition

EVALUACIÓN DE MAESTRO

Nombre del estudiante: _____ Grado Actual: _____ Grado que Solicita: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____ Firma: _____

Relación con el estudiante: _____ Teléfono: _____ - _____ - _____ Fecha: _____

Renuncia de Acceso

Al firmar abajo, Yo/Nosotros damos permiso para que el evaluador de información a SCA. Yo/Nosotros entendemos que no vamos a tener acceso a este formulario y/o el expediente de admisiones antes/después de que se haya tomado la decisión de admisión. Yo/Nosotros entendemos que esta forma es confidencial y no será parte del expediente permanente de nuestro hijo. Yo/Nosotros libero a toda persona e institución de cualquier y toda responsabilidad resultando o relativo a la entrega de los registros, documentos y otra información importante proporcionada a SCA para ese propósito.

Firma del Padre/Tutor Legal

Firma de Madre/Tutor Legal

Fecha

Estimado Maestro: El estudiante arriba mencionado solicita admisión a St. Catherine's Academy (SCA). Por favor llene ambos lados de este formulario y regréselo a los padres del solicitante. Su evaluación sincera sobre el solicitante es apreciada. Este formulario de evaluación será revisado solamente por el Comité de Admisiones y será confidencial. No será parte del expediente permanente del estudiante.

CUALIDADES ACADÉMICAS

| | Superior | Promedio | Debajo de | Pobre |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Habilidad Académica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hábitos de estudio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Comportamiento en general | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Responsabilidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Participa en clase | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sigue las reglas de la escuela | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

El estudiante necesita clases de ingles? SI NO

Por favor clasifique a este estudiante en comparación a los otros estudiantes en su clase:

| | | |
|---|---|---|
| Gramática | Composición | Matemáticas |
| Superior – Promedio– Debajo de Promedio | Superior – Promedio– Debajo de Promedio | Superior – Promedio– Debajo de Promedio |

CUALIDADES PERSONALES

| | Excepcional | Encima del promedio | Promedio | Debajo del Promedio | Pobre |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Honestidad/ Integridad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auto-Confianza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Madurez Emocional | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liderazgo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Compatibilidad con otro estudiantes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Recomendación de maestro:

Altamente Recomiendo Recomiendo con confianza No Recomiendo

Por favor proporcione cualquier información, comentario adicional para el comité de admisiones:

Este estudiante a sido expulsado o suspendido? SI NO

Razón: _____

Por favor marque las cajas si actualmente o en el pasado a participado en los siguientes programas o a sido diagnosticado con:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| Educación especial | Trastorno Obsesivo Compulsivo (OCD) |
| Educación física adaptada | Trastorno Negativo Desviante (ODD) |
| Clases especial de dia | Autismo/ Síndrome de Asperger (ASD) |
| Terapia de habla | Otro: _____ |
| Terapia ocupacional | |
| Consejería | |
| Deficit de atención sin Hiperactividad | |

Nombre del Maestro: _____ Firma del Maestro: _____

Nombre de la escuela : _____ Teléfono: _____ - _____ - _____

Email: _____ Fecha: _____ / _____ / _____