Conception
Seminary College

Requisitos para la solicitud de ingreso y admisión

1. Una Solicitud completa

2. Ficha Académica una copia oficial a Conception Seminary College.
   Candidatos al College (equivalente a la entrada en una universidad): ficha de las calificaciones de todas las Preparatorias y Universidades que asistieron, o todavía asisten.

3. Dos Cartas de Recomendación: una de un sacerdote que lo conozca bien y de otra persona. Si ha asistido a un seminario también del Rector.

4. La Forma del Estudiante sobre Información Médica.

5. Un Examen Físico facultativo (del médico) expedido en la forma que recibieron de Conception Seminary College o si el examen se hace en su país use la forma que su médico utiliza. (*Su Director de Vocaciones en los Estados Unidos se encargará de la vacuna de Meningococcal.*)

6. Documentos Eclesiásticos: Fe de Bautismo, Certificado de Confirmación, originales de la parroquia donde recibió estos sacramentos.

7. Una Autobiografía de 3-5 (o menos de 10) páginas donde hable de la historia de su fe, familia, trabajo y educación.

8. Los Resultados e Interpretación de los exámenes y entrevistas psicológicos.
   Su Director de Vocaciones en los Estados Unidos se encargará de esto.

9. Una Carta de la Diócesis auspiciadora o del Director de Vocaciones

ENVÍEN TODOS LOS DOCUMENTOS QUE SE REQUIEREN (DEL 1 AL 9) LO MAS PRONTO POSIBLE PERO DEFINITIVAMENTE PARA EL PRIMERO DE AGOSTO O EL PRIMERO DE DICIEMBRE A MAS TARDAR

Director of Admissions
Conception Seminary College
PO BOX 502
Conception, MO 64433-0502
PHONE (660) 944-3105
FAX (660) 944-2829

SOLICITUD DE INGRESO

CONCEPTION SEMINARY COLLEGE
P.O.BOX 502 * CONCEPTION, MO 64433-0502 * (660) 944-3105 * FAX (660)944-2829

Favor de escribir con letra de molde o mecanografiar.

NOMBRE_____
Apellido - Paterno - Materno - Primer

Nombre que prefiere que le llamen _____ Número de Seguro Social_____

Intento entrar al seminario: el otoño___ la primavera___ semestre 20_____
estudiante de: inglés ___ filosofía___

Domicilio actual:_____
Calle/Número Ciudad/Estado Código Postal País

Número de teléfono actual: LADA ( ) _____

Fecha de Nacimiento _____ Lugar:_____
Mes - Día - Año Ciudad/Estado/País

Diócesis _____Nombre de su parroquia_____

Domicilio_____
Calle/Número Ciudad/Estado Código Postal País

Diócesis auspiciadora_____

¿Es Converso? Sí_____ No_____ ¿Por cuánto tiempo ha sido católico?_____

¿De cuál religión se convirtió?_____

¿Ha asistido a otro seminario anteriormente? Sí_____ No _____

Si su respuesta es sí, el nombre del seminario _____

¿Fue novicio o profeso de una comunidad religiosa anteriormente? Sí _____ No _____

Si su respuesta es sí el nombre de la comunidad _____

Marque lo apropiado: I-20 ___ R-1 ___ residente de los EU ___ ciudadano de los EU _____

Mencione todas las experiencias -no relacionadas con la escuela ni como niño-levadas a cabo desde su graduación:

Empleador	Tipo de experiencia	Fecha

Mencione todas las escuelas a las cuales ha asistido desde la Preparatoria hasta el presente:

Escuela	Ciudad/Estado/País	Fechas	Grados/Títulos

¿Cuántos hermanos tiene?_____ ¿Cuántos son mayor que Ud.?_____

¿Vive su padre? Sí_____ No_____ Religión_____

Nombre del padre_____ Oficio_____

¿Vive su madre? Sí_____ No_____ Religión_____

Nombre de la madre_____Oficio_____

Domicilio de los padres_____
Calle/Número Ciudad/Estado Código Postal País

Número de teléfono de los padres LADA ( ) _____

¿Pertenece a alguna rama del Servicio Militar, de una manera activa o inactiva? Sí___ No___

¿Cuál?_____
¿Ha obtenido su cartilla? Sí___ No ___ Si su respuesta es sí el número de la cartilla _____

Por la presente doy constancia de que toda la información aquí contenida es correcta y verdadera.

_____
Firma del solicitante Fecha

En Conception Seminary College no hay discriminación de raza, color, nacionalidad o origen étnico en el proceso de admisión ni en su programa o política de formación. Envíe esta forma completa a :

DIRECTOR OF ADMISSIONS
CONCEPTION SEMINARY COLLEGE
P.O. BOX 502
CONCEPTION, MO 64433-0502

Necesita recibirse en la oficina de Conception Seminary College lo mas pronto posible pero definitivamente para el primero de agosto o el primero de diciembre (según cuando decida entrar) a más tardar.

FORMA DEL ESTUDIANTE: INFORMACIÓN MEDICA

El estudiante debe proveer esta información para admisión a Conception Seminary College.

Matriculación no su puede llevar acabo hasta recibir toda esta información sobre imunizacion.

Nombre_____Fecha de Nacimiento_____
Mes-Día-Año

Domicilio:_____
Calle/Número Ciudad/Estado Código Postal País

Numero de teléfono LADA ( ) _____

En caso de emergencia ¿a quién avisamos?:

Nombre_____ Relación_____

Domicilio_____Teléfono LADA ( ) _____

INMUNIZACIONES

TODO ESTO SE REQUIERE POR EL ESTADO DE MISSOURI

De el(los) año(s) que recibió las inyección(es) de:

DIFTERIA	_____	_____	_____
TETANOS	_____	_____	_____
POLIO	_____	_____	_____
SARAMPIÓN	_____	_____	_____
PAPERAS	_____	_____	_____
RUBÉOLA	_____	_____	_____

MEDICACIONES

¿Tiene alergias a cualquier medicación?_____ ¿Cuál?_____
¿Está tomando alguna medicación ahora?_____ ¿Cuál?_____
Médico quien le recetó la medicación?_____

HOSPITALIZACIÓN

¿Ha sido hospitalizado?____ ¿Por qué _____¿Cuándo?_____
¿Tiene algún problema de salud?_____ ¿Cuál?_____

_____ _____
Firma Fecha

(Por favor complete el reverso de esta página)

HISTORIA MEDICA DE LA FAMILIA

(Por favor siga las instrucciones para cada título)

En la línea que corresponde con usted o con cada miembro de su familia de la letra(s) que aparece(n) delante de la enfermedad que esa persona sufre o ha sufrido.

A. Buena Salud	B. Mala Salud	C. Asma
D. Cáncer(tumor)	E. Diabetes	F. Problemas de corazón
G. Presión alta	H. Problemas mentales	I. Arterites
J. Problemas del estómago	K. Ataque de parálisis	

Si algún miembro de su familia ha fallecido, de la causa de fallecimiento y la edad que tenía cuando falleció.

Nombre Fecha(nacimiento) Enfermedades Causa de fallecimiento y edad

Usted_____
Padre_____
Madre_____
Hermanos:_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

PLEASE COMPLETE THIS FORM AND MAIL TO:

DIRECTOR OF ADMISSIONS
CONCEPTION SEMINARY COLLEGE
P.O. BOX 502
CONCEPTION, MO 64433-0502

PHONE: (660) 944-3105 FAX (660) 944-2829