



Family Contract for the School Year 2025-2026

| | |
|--|---|
| <p>Students' name/Nombre de estudiantes</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> | <p>Contracting Parties:</p> <p>Perth Amboy Catholic School and:</p> <p>(Family Last Name/ Apellidos de Familia): _____</p> <p>(Address/Dirección) : _____</p> <p>(City/Ciudad): _____</p> <p>(State/Estado): _____</p> <p>(Telephone/Teléfono : _____</p> |
|--|---|

Registration Fee/ Registro Pago: **\$250.00 per child/por niño** **\$400.00 per family/por familia**

Registration Fee/**Registro Pago** (Includes: for instructional materials, testing fees, technology fees, Diocesan School Alliance fees, H.S.A. dues, student insurance and Religion Books/**Incluye: para materiales de instrucción, tarifas de exámenes, tarifas de tecnología, tarifas de la Alianza Escolar Diocesana, H.S.A. cuotas, seguro estudiantil y Libros de religión**)

(Non- Refundable / Must be sent in with forms/**No-reembolso el costa de registro se dede adjuntar con su formas**)

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____



| | |
|--|--|
| <p>Catholic/ Católica: Tuition Rate</p> <p><small>**Must submit parish verification form to determine tuition. **Debe cumplir con el formulario de verificación de la parroquia para determinar la matrícula.</small></p> <p>(Full time session/Sesión a tiempo complete)</p> <p>Pre-k3 & 4 \$5,800.00</p> <p>(Grades K- 8th)</p> <p>1 Child: \$5,540.00</p> <p>2 Children: \$9,700.00</p> <p>3 Children: \$12,470.00</p> <p style="text-align: right;"><small>*(Discount of \$400.00 if a sibling is registered in K- 8th grades/*Descuento de \$ 400.00 si se registra un hermano en K-8 grado)</small></p> | <p>Non-Catholic/Non- Parishioner/ No-Católico/No Parraquiano: Tuition Rate</p> <p>(Full time session/Sesión a tiempo complete)</p> <p>Pre-k3 & 4 \$6,900.00</p> <p>(Grades K- 8th)</p> <p>1 Child: \$6,590.00</p> <p>2 Children: \$11,540.00</p> <p>3 Children: \$14,830.00</p> <p style="text-align: right;"><small>*(Discount of \$400.00 if a sibling is registered in K- 8th grades/*Descuento de \$ 400.00 si se registra un hermano en K-8 grado)</small></p> |
|--|--|

TUITION PLANS/PLANES DE MATRÍCULA

A) PAYMENT IN FULL/ELPAGO COMPETO:

**Due on or before July 1, 2025 This payment is made directly to the school and entitles you to a discount of 10%*

**en o antes del 1 de Julio de 2025 Este pago se hace directamente a la escuela y le da derecho a un descuento de 10%*

B) PAYMENT THROUGH FACTS (Direct withdrawal/Retiro directo de la cuenta de banco):

Monthly, *Starting July 2025 and ending April 2026 Mensual

*** A partir de Julio de 2025 y hasta Abril de 2026**

*ALL PAYMENTS MUST BE MADE THROUGH FACTS.

*IF YOU ARE ON FACTS: WHAT NAME IS ON THE ACCOUNT? _____

CARD PRICE NOTICE

*****PACS is using a standard Dual Pricing format.
At the time of purchase, there will be a card price.**

*****PACS utiliza un formato estándar de precio dual.
En el momento de la compra habrá un precio con tarjeta.**

FACTS website for new parents:

<https://online.factsmgt.com/signin/3FL39>



ONE PER FAMILY
UNO POR FAMILIA

H.S.A. FUNDRAISING 2025-2026

I understand & agree that, in addition to tuition payments, the following Home and School Association Activities are mandatory for the continued success of Perth Amboy Catholic School and that they require my full support. Furthermore, not to honor this agreement may result forfeiture of my child's re-registration for coming year.

COMMITMENT PROMISE: "AS PARENT OF A STUDENT ATTENDING PACS, I COMMIT TO REGULARLY ATTEND MONTHLY HSA (HOME SCHOOL ASSOCIATION) PLANNING MEETING AND TO SUPPORT ANNUAL GALA by selling and attending at least one ticket per student, 20 tickets of THE CALENDAR RAFFLE SALES, and any other event through the school year.

Estoy de acuerdo en participar en los eventos obligatorios para el éxito continuo de Perth Amboy Catholic School y que requieren mi apoyo. No cumplir con este acuerdo puede resultar en perder el cupo de su hijo/hija en su clase para el proximo año.

PROMESA DE COMPROMISO: "COMO PADRE/MADRE DE UN ESTUDIANTE QUE ASISTE A PACS, ME COMPROMETO A ASISTIR REGULARMENTE LAS REUNIONES MENSUALES DE HSA (GRUPO DE PADRES SEVIENDO) Y APOYAR LA GALA ANUAL vendiendo y asistiendo al menos a un boleto por estudiante, 20 BOLETOS DE EL RIFA DEL CALENDARIO, Y OTROS EVENTOS DURANTE EL AÑO ESCOLAR.



PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____ DATE: _____

Tuition Assistance /Ayuda Financiera:

***Tuition assistance is available for Catholic families who are registered in one of the Diocesan Parishes (Pastor's signature required). Additionally, tuition assistance is also available to non-Catholic families through Hope Through Education.

***Asistencia de matrícula está disponible para familias católicas que estén registradas en una de las Parroquias Diocesanas (se requiere la firma del Pastor).

Asimismo, la asistencia de matrícula también está disponible para familias no católicas a través de Hope Through Education.

<https://online.factsmgt.com/aid>

The online application fee is \$40.00 and the application must have all required documents uploaded and a "complete" status by March 31, 2025.

*Parents must request a parish verification from PACS and won't be eligible unless you return a completed parish verification form including your Pastor's signature to the main office.

*Los padres deben solicitar una verificación parroquial a PACS y no serán elegibles a menos que devuelvan a la oficina principal un formulario de verificación parroquial completo que incluya la firma de su pastor.

VERY IMPORTANT INFORMATION, READ CAREFULLY/ MUY IMPORTANTE INFORMACION, LEA CUIDADOSAMENTE

Filling this registration form should not be deemed acceptance to Perth Amboy Catholic School. An application will not be considered complete until all the necessary paper work has been submitted, including immunization records. Once interviews are completed for new student, the principal will inform you of the acceptance status of your child/ren.

El llenado de este formulario de inscripción no debe considerarse como una aceptación a la Escuela Católica Perth Amboy. Una solicitud no se considerará completa hasta que se haya presentado todo el papeleo necesario, incluidos los registros de vacunación. Una vez que se completen las entrevistas para el nuevo estudiante, el director le informará el estado de aceptación de su (s) hijo (s).

I understand the terms of this contract and agree to make the required registration fee, tuition costs and H.S.A. payments for the school year 2025-2026.

Yo entiendo los terminus de este contrato y estoy de acuerdo para hacer la cuota de inscripción requerido, los costos de matrícula y pagos de la actividades de la asociación para el año 2025-2026.

Contracting Parties: Perth Amboy Catholic School

X _____
Parent/Guardian Signature



Date

Perth Amboy Catholic School

ONE PER STUDENT
UNO POR ESTUDIANTE

****Non-Refundable Registration Fee**
****La tarifa de inscripción no reembolsable**
\$250.00 per child/por niño
\$400.00 per family/por familia


 New Registration
 Re- Registration/Update/Correction
 Not Returning

Today's Date: _____

Grade Entering in September _____

Student and Parent/ Guardian Information/ Información del Estudiantes y Padres



Student Full Name On Birth Certificate - Nombre completo del estudiante en el certificado de nacimiento

Street Address, Apt#/Direccion, Apt# : _____

City/Ciudad _____ **State/Estado** _____ **Zip Code/Código postal** _____

Citizenship/Ciudadanía Yes/Sí

If Not USA, Documentation of citizenship MUST be provided, SEVIS : _____

Si no es EE. UU., DEBE proporcionarse documentación de ciudadanía, SEVIS:

Prior School Name/Nombre de las escuela antes: _____

Language (s) Spoken by Child/Idioma(s) hablado(s) por el niño(s): English/Inglés: Spanish/Español: Other/Otras:

Parish/Parrorquia: _____

Baptism Location and Date/Lugar del bautismo y Fecha: _____

Religion/Religión: _____ **Race & Ethnicity/Raza & Etnicidad:** _____

| Sibling Name & Grade/Nombre de Hermanos y Grado | |
|---|--------------------|
| 1. _____ | Grade/Grado: _____ |
| 2. _____ | Grade/Grado: _____ |
| 3. _____ | Grade/Grado: _____ |

Student resides with/El estudiante reside con: _____

Parent status/Estado de los padres: _____

Custodial Parent/Guardian-Padre/Guardián con custodia: _____

Registered Students Date of Birth/Fecha de nacimiento

Student City of birth /ciudad de nacimiento de estudiante

Male/Varon

Female/Hembra

Mother's First & Last Name/Nombre y apellido del padre: _____ **Living or Deceased:** _____

Address/Dirección: _____ **City/State:** _____ **Ciudad/Estado** _____ **Zip/Codigo:** _____

Home Phone: _____ **Cell Phone:** _____ **Religion/Religión:** _____

Employer/Empleador: _____ **E-mail/Correo eletronico:** _____

Father's First & Last Name/Nombre y apellido del padre: _____ **Living or Deceased:** _____

Address/Dirección: _____ **City/State:** _____ **Ciudad/Estado** _____ **Zip/Codigo:** _____

Home Phone: _____ **Cell Phone:** _____ **Religion/Religión:** _____

Employer/Empleador: _____ **E-mail/Correo eletronico:** _____

For Transferred Students Only list names of other schools attended.
Solo para estudiantes transferidos, indique los nombres de otras escuelas a las que asistió.

| Date/Fechas | School's Name and location/Nombre y ubicación de la escuela | Grade/Grado |
|-------------|---|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |



X _____

Parent's Signature/Firma de los padres

Date/Fecha: _____

SCHOOL HEALTH SERVICE PROGRAM

ONE PER STUDENT
UNO POR ESTUDIANTE

Dear Parents or Guardians: **RE: Nursing Services; Chapter 226– Laws of 1991** During the school year, the School Health Program will include a number of services. Please read and review these services, sign the form and return to the nurse.

1)**MAINTENANCE OF STUDENT HEALTH RECORDS:** Immunization must be up to date. A physical examination by your private physician must be done on all new students entering school and every 3 years thereafter. This is a state law and must be followed.

2)**SCREENING TESTS:** To be done by the School Nurse includes:

A.Hearing:All Students

B.Scoliosis:All Students

3)**MEDICATION POLICY:** Any medication to be given during school hours must be in prescription bottle and accompanied by a written order from the physician. NO medication will be given with out a doctor’s note.

In addition, your child will receive emergency nursing services for any school related illness or injury.

PROGRAMA DE SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR

Estimados padres o tutores: **RE: Nursing Services; Chapter 226– Laws of 1991** Durante el año escolar, el Programa de Salud Escolar incluirá una serie de servicios. Por favor, lea y revise estos servicios, firme el formulario y volver a la enfermera.

1)**MANTENIMIENTO DE REGISTROS DE SALUD DEL ESTUDIANTE:** La inmunización debe estar al día. Un examen físico realizado por su médico privado debe hacerse en todos los nuevos estudiantes que ingresan a la escuela y cada 3 años a partir de entonces. Esta es una ley estatal y debe ser seguido.

2)**Las pruebas de detección:** Para ser hecho por la enfermera de la escuela incluye:

A.Audiencia:Todos los alumnos

B.Escoliosis:Todos los alumnos

3)**POLITICA MEDICAMENTOS:** Cualquier medicamento que se administra durante las horas de clase debe estar en botella de la prescripción y acompañado por una orden escrita del médico. NO medicación se dará con fuera una nota del doctor.

Además, su hijo recibirá los servicios de enfermería de emergencia por cualquier enfermedad o lesión relacionada con la escuela

PARENT’S PERMISSION/PERMISO DE LOS PADRES

2025-2026

I give permission for my child (name) _____ in grade _____

A)I give permission for my child to participate in the nursing services.

Doy el permiso para que mi niño participe en los servicios del oficio de enfermera

B)I do not give permission for my child to participate in the nursing services.

No doy el permiso para que mi niño participe en los servicios del oficio de enfermera

C)If your child has allergies and/or asthma, please indicate here. _____

Si su niño tiene alergias y/o asma, indique por favor aquí. _____

D)If your child uses an inhaler or EpiPen, please indicate here. _____

Si su niño utiliza un inhalador o un EpiPen, indique por favor aquí. _____



Parent/Guardian Signature X _____

Date _____

ONE PER STUDENT
UNO POR ESTUDIANTE

Individual Student Request Form
2025-2026

Individual Student Request For Loan Of Textbooks

| | |
|------------------------|------------------|
| Date | |
| Public School District | Nonpublic School |
| Address | Address |
| | |
| Name of Student | |
| Grade | |
| Name of Parent | |

Under the provisions of N.J.S.A. 18A: 58-37.1 et seq., I hereby request the _____ (Public School District) to loan textbooks to the _____ (Nonpublic School) in which my child is enrolled. I certify that my above named child and I are residents of the State of New Jersey. I understand that the public school district in which the nonpublic school is located has oversight of the State funds designated for providing the loan of textbooks to nonpublic school students pursuant to law and regulations.



Signature of Parent/Guardian: _____

Date: _____