

WELCOME TO DIVINE REDEEMER CATHOLIC SCHOOL

We are so glad to welcome you to our family and we really appreciate the trust you have placed in our school for the education of your children.

To complete the registration of a new student, please return the attached forms with the non-refundable \$250.00 application fee and a copy of:

- Each child's birth certificate
- Each child's SC immunization form
- Each child's Sacraments' certificates (if Catholic)
- Each child's most recent school records (if applicable)

IMPORTANT: For a new student to have his/her spot secured for next year, we require the attached forms and the payment of the enrollment fee. Also, for students enrolling in 4th-8th grades, there is a placement test as part of this process (you will be notified once you bring all the paperwork back to the school office).

All the available spots we have will be given on a first-come, first-serve basis (when a new student has completed all the requirements stated here).

For any questions and support, please email us at admissions@drcs.co or call to the school office. Thank you!

BIENVENIDOS AL COLEGIO CATOLICO DIVINO REDENTOR

Estamos muy contentos de darle la bienvenida a nuestra familia y realmente apreciamos la confianza que ha depositado en nuestra escuela para la educación de sus hijos.

Para completar el registro de un nuevo estudiante, por favor devuelva los formularios adjuntos con la tarifa de registro no reembolsable de \$250.00 y una copia de:

- Certificado de nacimiento de cada niño/a
- Certificado de inmunizaciones/vacunas de SC (DHEC) para cada niño/a
- Certificados de Sacramentos de cada niño/a (si es católico)
- Expediente escolar más reciente de cada niño/a (si aplica)

IMPORTANTE: Para que un estudiante nuevo tenga su lugar asegurado para el próximo año requerimos los formularios adjuntos y el pago de la tarifa de inscripción. Además, para los estudiantes que están aplicando a los grados 4° a 8° grado, hay una prueba de admisión como parte de este proceso (se les notificará una vez que traigan toda la documentación a la oficina de la escuela).

Todos los cupos disponibles que tenemos se darán por orden de llegada (cuando un nuevo alumno haya completado todos los requisitos aquí señalados).

Para cualquier duda o ayuda, por favor escríbenos a admissions@drcs.co o llama a la oficina de la escuela. Muchas gracias!



**DIVINE REDEEMER CATHOLIC SCHOOL
TUITION and FEES SCHEDULE
2024-2025 SCHOOL YEAR**

TUITION (PER STUDENT)	
CATEGORY	TUITION
Catholic rate*	\$5700
Non- Catholic rate	\$6500
First Steps 4K Students**	Tuition is covered by the scholarship
ESTF Students***	Tuition is covered by the scholarship

*Pending Church approvals (active parishioning)

**Visit <https://www.scfirststeps.org/what-we-do/programs/first-steps-4k/apply> for eligibility requirements and how to apply.

***Visit <https://online.factsmgt.com/grant-aid/inst/4QDZ2/landing-page> for eligibility requirements and how to apply.

SCHOOL FEES (PER STUDENT)		
TYPE	AMOUNT	PURPOSE
Registration fee****	\$250 (new students) \$150 (returning student rate upon auto-reentry)	Diocesan fees, student insurance and administrative costs.
Extended School Program (ESP) Registration fee	\$15 per child \$30 per family	Staff and supplies costs.
ESP Morning Care (per day)	\$5 from 6.30 a.m.	
ESP After School Care (per day)	\$10 if picked up by 4.30 p.m. \$15 if picked up after 4.30 p.m. (A late charge of \$1/minute will be charged for pick-ups after 6:00 pm.)	

**** All application and registration fees are non-refundable. First Steps 4K and ESTF students have these fees covered.

DRS Financial Aid Applications are now open. Grants will be distributed in April.
To apply follow this link: <https://online.factsmgt.com/signin/4JS4S>.

Contact the school office if you need assistance with the application, we will schedule an appointment to help you.



DIVINE REDEEMER CATHOLIC SCHOOL
TARIFARIO
AÑO ACADÉMICO 2024-2025

MATRÍCULA (POR ESTUDIANTE)	
CATEGORÍA	MATRÍCULA
Tarifa Católico*	\$5700
Tarifa No- Católico	\$6500
Estudiantes First Steps 4K**	La anualidad está cubierta por la beca
Estudiantes ESTF***	La anualidad está cubierta por la beca

*A la espera de aprobación de las Iglesias (feligresía activa)

**Visite <https://www.scfirststeps.org/what-we-do/programs/first-steps-4k/apply> para los requisitos de elegibilidad y cómo aplicar.

***Visite <https://online.factsmgt.com/grant-aid/inst/4QDZ2/landing-page> para los requisitos de elegibilidad y cómo aplicar.

OTRAS TARÍFAS (POR ESTUDIANTE)		
TIPO	CANTIDAD	PROPÓSITO
Inscripción****	\$250 (nuevos estudiantes) \$150 (tarifa para estudiantes que regresan al reingreso automático)	Tasas diocesanas, seguro estudiantil y gastos administrativos.
Tarifa de registro programa de jornada extendida (ESP)	\$15 por niño \$30 por familia	Personal y costos de materiales.
ESP - Cuidado de la mañana (por día)	\$5 desde las 6.30 a.m.	
ESP - Cuidado después del colegio (por día)	\$10 recogido antes de las 4.30 p.m. \$15 recogido después de las 4.30 p.m. (Se cobrará un recargo de 1 \$/minuto por las recogidas después de las 6:00 p.m.).	

**** Todas las tarifas adicionales e inscripción no son reembolsables. Los estudiantes de First Steps 4K y ESTF tienen estas tasas cubiertas.

Las aplicaciones para ayuda financiera DRS ya están abiertas. Las subvenciones se distribuirán en abril. Para solicitarlas siga este enlace:
<https://online.factsmgt.com/signin/4JS4S>.

Póngase en contacto con la oficina de la escuela si necesita ayuda con la aplicación, vamos a programar una cita para ayudarle.



STUDENT INFORMATION FORM 2024-2025

Please read and complete this form accurately.

Por favor lea y complete este formulario acertadamente.

Student's Name <i>Nombre completo del Estudiante</i>	
Current Address <i>Dirección actual</i>	
City, State, ZIP <i>Ciudad, Estado, Código postal</i>	
Mother's Name <i>Nombre completo de la Madre</i>	
Mother's Cell <i>Número de teléfono de la Madre</i>	
Mother's Email <i>Correo electrónico de la Madre</i>	
Father's Name <i>Nombre completo del Padre</i>	
Father's Cell <i>Numero de telefono del Padre</i>	
Father's Email <i>Correo electrónico del Padre</i>	

EMERGENCY AND PICK- UP CONTACTS
CONTACTOS DE EMERGENCIA Y RECOGIDA

Contact #1 <i>Contacto #1</i>	Name/ <i>Nombre</i> : Relation/ <i>Relación</i> : Cellphone/ <i>Celular</i> :
Contact #2 <i>Contacto #2</i>	Name/ <i>Nombre</i> : Relation/ <i>Relación</i> : Cellphone/ <i>Celular</i> :
Contact #3 <i>Contacto #3</i>	Name/ <i>Nombre</i> : Relation/ <i>Relación</i> : Cellphone/ <i>Celular</i> :

SPECIAL HEALTH NEEDS
NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD

Does your child have any allergies?/*¿Su hijo tiene alguna alergia?*: YES____ NO ____

If yes, please explain/*De ser asi, explique*:_____

Does your child have any asthma?/*¿Su hijo tiene asma?*: YES____ NO ____

If yes, please explain the treatment/*De ser asi, explique el tratamiento*:_____

Does your child have any medication needs?/*¿Su hijo necesita alguna medicina?*: YES____ NO ____

If yes, please explain/ *De ser asi, explique*:_____

*****A Medication Form MUST be filled out, signed by a physician and given to the school office before ANY medications can be given to a student. / Una autorización médica DEBE ser diligenciada, firmada por un médico y traída a la oficina del colegio antes de que CUALQUIER medicina sea dada al estudiante.**

In case of accident or serious illness, I request the school to contact me or any of the emergency contacts provided. If the school is unable to reach me or them, I hereby authorize the school to call the physician indicated below to follow his/her instructions. If it is impossible to contact this physician, the school may make whatever arrangements seem necessary.

En caso de un accidente o una enfermedad grave, solicitó que la escuela se comunique conmigo o alguno de los contactos de emergencia provistos. Si la escuela no puede comunicarse conmigo o ellos, autorizo a la escuela a llamar al médico indicado a continuación para seguir sus instrucciones. Si es imposible comunicarse con este médico, la escuela puede hacer los arreglos necesarios.

Physician's Name/*Nombre del proveedor médico;*

Address/*Dirección:*

Office Number/*Número del consultorio médico:*

Preferred Hospital/*Hospital de preferencia:*

My signature below indicates my authorization for the School to take whatever necessary action for my child's health in the event of an accident or serious illness, if it is impossible to contact me, any of the emergency contacts or my child's physician/*Mi firma a continuación indica mi autorización para que la Escuela tome las acciones que considere necesarias en pro de la salud de mi hijo, en caso de accidente o enfermedad grave, si es imposible contactarme a mi, a alguno de los contactos de emergencia o al doctor de mi hijo/a.*

Signature/*Firma* _____ Date/*Fecha* _____

DECLARATION
DECLARACIÓN

All the above information is accurate/*Toda la información anterior es correcta:*

Parent Signature/*Firma* _____

Date/*Fecha* _____

DIVINE REDEEMER SCHOOL ENROLLMENT FORM 2024-2025

STUDENT/S

Full Name Student #1: _____

Date of Birth (MM/DD/YYYY): _____ Gender: Female ____ Male ____ Grade: _____

Preferred Name: _____ Ethnicity: Hispanic ____ Non-Hispanic ____

Race:

- Asian
- African American
- White
- Pacific Islander
- American Indian/Native Alaskan
- Two or more

Full Name Student #2: _____

Date of Birth (MM/DD/YYYY): _____ Gender: Female ____ Male ____ Grade: _____

Preferred Name: _____ Ethnicity: Hispanic ____ Non-Hispanic ____

Race:

- Asian
- African American
- White
- Pacific Islander
- American Indian/Native Alaskan
- Two or more

Full Name Student #3: _____

Date of Birth (MM/DD/YYYY): _____ Gender: Female ____ Male ____ Grade: _____

Preferred Name: _____ Ethnicity: Hispanic ____ Non-Hispanic ____

Race:

- Asian
- African American
- White
- Pacific Islander
- American Indian/Native Alaskan
- Two or more

Student(s) lives with:

Both Parents Father Mother Stepfather Stepmother Other (explain) _____

PARENT(S) OR GUARDIAN

Mother's Full Name: _____

Mailing Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____ County: Berkeley Charleston Dorchester

Cell Phone: _____ Email: _____

Main Occupation: _____

Religion: Catholic - Parish: _____ non-Catholic

Father's Full Name: _____

Mailing Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____ County: Berkeley Charleston Dorchester

Cell Phone: _____ Email: _____

Main Occupation: _____

Religion: Catholic - Parish: _____ non-Catholic

RELIGIOUS INFORMATION

Student #1: _____ Religion of Child: _____

Baptism Date: _____ Name of Church: _____

First Holy Communion Date: _____ Name of Church: _____

Student #2: _____ Religion of Child: _____

Baptism Date: _____ Name of Church: _____

First Holy Communion Date: _____ Name of Church: _____

Student #3: _____ Religion of Child: _____

Baptism Date: _____ Name of Church: _____

First Holy Communion Date: _____ Name of Church: _____

LANGUAGE SURVEY

Child's Primary language: _____

Language most often spoken by the child/ren at home: _____

Primary language spoken in the home regardless of child/ren preference: _____

NEW STUDENT HISTORY

STUDENT #1

Current School: _____

Current Grade: _____ Address _____

City _____ State _____ Zip _____ School Phone _____

Has your child received any of the following services? Please check all that apply.

- Speech Therapy Occupational Therapy Physical Therapy
 Evaluative Testing IEP or 504 document

Please describe circumstances and more details for the above items checked:

Has your child repeated any grade? Yes No - (if yes, please explain)

Has your child ever been suspended from school? Yes No - (if yes, please explain)

Has your child ever been expelled from school? Yes No - (if yes, please explain)

Does your child have any physical handicaps/health restrictions? Yes No - (if yes, please explain)

STUDENT #2

Current School: _____

Current Grade: _____ Address _____

City _____ State _____ Zip _____ School Phone _____

Has your child received any of the following services? Please check all that apply.

- Speech Therapy Occupational Therapy Physical Therapy
 Evaluative Testing IEP or 504 document

Please describe circumstances and more details for the above items checked:

Has your child repeated any grade? Yes No - (if yes, please explain)

Has your child ever been suspended from school? Yes No - (if yes, please explain)

Has your child ever been expelled from school? Yes No - (if yes, please explain)

Does your child have any physical handicaps/health restrictions? Yes No - (if yes, please explain)

STUDENT #3

Current School: _____

Current Grade: _____ Address _____

City _____ State _____ Zip _____ School Phone _____

Has your child received any of the following services? Please check all that apply.

Speech Therapy Occupational Therapy Physical Therapy

Evaluative Testing IEP or 504 document

Please describe circumstances and more details for the above items checked:

Has your child repeated any grade? Yes No - (if yes, please explain)

Has your child ever been suspended from school? Yes No - (if yes, please explain)

Has your child ever been expelled from school? Yes No - (if yes, please explain)

Does your child have any physical handicaps/health restrictions? Yes No - (if yes, please explain)

FORMATO INSCRIPCIÓN DIVINE REDEEMER SCHOOL 2024-2025

ESTUDIANTE/S

Nombre completo Estudiante #1: _____

Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY): _____ Sexo: Femenino ____ Masculino ____ Grado: _____

Nombre preferido: _____ Etnia: Hispano ____ No-Hispano ____

Raza:

- Asiatico
- Afroamericano
- Blanco
- Isleño del Pacífico
- Indio americano/nativo de Alaska
- Dos o más razas

Nombre completo Estudiante #2: _____

Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY): _____ Sexo: Femenino ____ Masculino ____ Grado: _____

Nombre preferido: _____ Etnia: Hispano ____ No-Hispano ____

Raza:

- Asiatico
- Afroamericano
- Blanco
- Isleño del Pacífico
- Indio americano/nativo de Alaska
- Dos o más razas

Nombre completo Estudiante #3: _____

Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY): _____ Sexo: Femenino ____ Masculino ____ Grado: _____

Nombre preferido: _____ Etnia: Hispano ____ No-Hispano ____

Raza:

- Asiatico
- Afroamericano
- Blanco
- Isleño del Pacífico
- Indio americano/nativo de Alaska
- Dos o más razas

El estudiante/los estudiantes vive(n) con

Ambos Padres Padre Madre Padrastro Madrastra Otro (explique) _____

PADRE(S) O ACUDIENTE(S)

Nombre completo de la Madre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____ Condado: Berkeley Charleston Dorchester

Celular: _____ Email: _____

Ocupación principal: _____

Religión: Católica - Parroquia: _____ No católica

Nombre completo del Padre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____ Condado: Berkeley Charleston Dorchester

Celular: _____ Email: _____

Ocupación principal: _____

Religión: Católica - Parroquia: _____ No católica

INFORMACIÓN RELIGIOSA

Estudiante #1: _____ Religión del niño/a: _____

Fecha bautizo: _____ Nombre de Iglesia: _____

Fecha Primera Comuni3n: _____ Nombre de Iglesia: _____

Estudiante #2: _____ Religión del niño/a: _____

Fecha bautizo: _____ Nombre de Iglesia: _____

Fecha Primera Comuni3n: _____ Nombre de Iglesia: _____

Estudiante #3: _____ Religión del niño/a: _____

Fecha bautizo: _____ Nombre de Iglesia: _____

Fecha Primera Comuni3n: _____ Nombre de Iglesia: _____

ENCUESTA DE LENGUAJE

Lengua materna del niño/a: _____

Lengua más hablada por el niño/a en casa: _____

Lengua principal hablada en casa, independientemente de las preferencias del niño/a: _____

HISTORIAL DEL ESTUDIANTE

ESTUDIANTE #1

Colegio actual: _____

Grado actual: _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Teléfono _____

¿El estudiante ha recibido alguno de los siguientes servicios? Marque todos los que apliquen:

Terapia del habla Terapia ocupacional Terapia física

Pruebas evaluativas IEP ó documentos 504

Por favor, describa las circunstancias y más detalles de los puntos marcados arriba:

El estudiante ha tenido que repetir algún año? Si No - (por favor, explique)

El estudiante ha sido suspendido del colegio alguna vez? Yes No - (por favor, explique)

El estudiante ha sido expulsado del colegio alguna vez? Yes No - (por favor, explique)

¿Tiene su hijo alguna discapacidad física o restricciones de salud?? Yes No - (por favor, explique)

ESTUDIANTE #2

Colegio actual: _____

Grado actual: _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Teléfono _____

¿El estudiante ha recibido alguno de los siguientes servicios? Marque todos los que apliquen:

- Terapia del habla Terapia ocupacional Terapia física
 Pruebas evaluativas IEP ó documentos 504

Por favor, describa las circunstancias y más detalles de los puntos marcados arriba:

El estudiante ha tenido que repetir algún año? Si No - (por favor, explique)

El estudiante ha sido suspendido del colegio alguna vez? Yes No - (por favor, explique)

El estudiante ha sido expulsado del colegio alguna vez? Yes No - (por favor, explique)

¿Tiene su hijo alguna discapacidad física o restricciones de salud?? Yes No - (por favor, explique)

ESTUDIANTE #3

Colegio actual: _____

Grado actual: _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Teléfono _____

¿El estudiante ha recibido alguno de los siguientes servicios? Marque todos los que apliquen:

- Terapia del habla Terapia ocupacional Terapia física
 Pruebas evaluativas IEP ó documentos 504

Por favor, describa las circunstancias y más detalles de los puntos marcados arriba:

El estudiante ha tenido que repetir algún año? Si No - (por favor, explique)

El estudiante ha sido suspendido del colegio alguna vez? Yes No - (por favor, explique)

El estudiante ha sido expulsado del colegio alguna vez? Yes No - (por favor, explique)

¿Tiene su hijo alguna discapacidad física o restricciones de salud?? Yes No - (por favor, explique)
