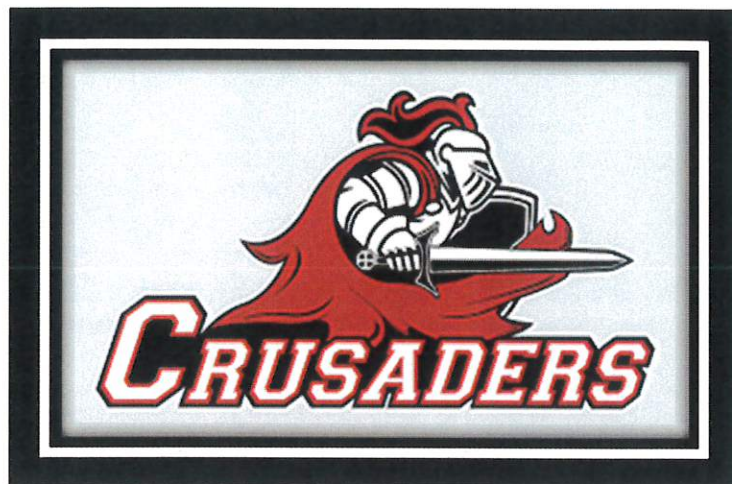


FIRST BAPTIST SCHOOL



*ALCANZANDO A LOS ESTUDIANTES. GLORIFICANDO A CRISTO.
TRANSFORMANDO EL MUNDO.*

PAQUETE DE RE-INSCRIPCIÓN

Entonces comprenderás la justicia y el derecho, y la equidad
... la sabiduría vendrá a tu corazón, y el conocimiento te
endulzará la vida.
Proverbios 2:9-10 NVI

Familia de First Baptist School

Gracias por su continuo interés en la Primera Escuela Bautista. Sabemos que tiene muchas opciones para la educación de sus estudiantes; por lo tanto, estamos encantados de que nos confíe esta oportunidad. Sepa que no tomamos este privilegio a la ligera. Tenga la seguridad de que nuestro personal y facultad dedicados harán todo lo posible para garantizar el éxito de sus estudiantes. Su participación es crucial. Como confiamos en el Señor, esperamos poder servirle a usted y a su familia.

Complete su solicitud por completo. Solo se procesarán las solicitudes completas con registros de vacunación actualizados.

Una buena comunicación mejorará en gran medida nuestra capacidad de ser efectivos. Nuestra fuente principal y oficial de comunicación es el correo electrónico. Por lo tanto, se requiere que cada familia tenga una dirección de correo electrónico actualizada en los archivos de la oficina de la escuela. Le recomiendo que se asegure de mantener actualizados los números de correo electrónico y teléfono celular con la escuela, ya que también se utilizan en caso de emergencia.

Estamos aquí para servirle y consideramos que es una alegría y un privilegio hacerlo. Sin embargo, los voluntarios desempeñan un papel vital en el éxito de nuestra escuela. Nuestro ejército de voluntarios ayuda a mantener bajas las matrículas. Si está interesado en esta maravillosa oportunidad, infórmele a la oficina de la escuela.

Oramos para que Dios les bendiga.

En el servicio del Señor,
Terry A. Roberts
Superintendente

First Baptist School reserva el derecho de solicitar la retirada de cualquier estudiante que no cumple con los requisitos académicos o no cumple con sus reglas y políticas.

First Baptist School se compromete a glorificar a Dios al ofrecer una educación basada en la Biblia para que los estudiantes sean transformados y preparados para enfrentar los desafíos de la educación postsecundaria y el avance profesional, al mismo tiempo que sirvan e impacten al mundo para el Reino de Cristo.

**First Baptist School es acreditada por
Association of Christian Schools International (ACSI)
y no discrimina en base de raza, género, edad o incapacidad en sus políticas
de ingreso o acceso a sus programas y actividades de educación y extracurricular.**



SOLICITUD DE RE-INSCRIPCIÓN 2026-2027

Fecha de solicitud: _____
Solicitando para el grado: _____
Año Escolar 20____ - 20____

NOMBRE COMPLETO DEL ESTUDIANTE _____

Apellido Nombre 2° Nombre
Domicilio/Dirección de Correo: _____ Teléfono: (____) _____
Calle/Apartado de Correos

Correo Electrónico de estudiante _____

Ciudad _____

Estado _____

Código Postal _____

Nombre del Padre: _____

Dirección _____
Calle

Ciudad Estado CP

Tel. Domicilio (____) _____

Tel. Celular (____) _____

Deseo recibir correspondencia en: inglés/español

Correo electrónico _____

Ocupación _____

Nombre del Negocio _____

Dirección _____

Calle

Ciudad Estado CP

Tel. Oficina _____

Fax No. _____

Otro contacto _____

Nombre del Madre: _____

Dirección _____
Calle

Ciudad Estado CP

Tel. Domicilio (____) _____

Tel. Celular (____) _____

Deseo recibir correspondencia en: inglés/español

Correo electrónico _____

Ocupación _____

Nombre del Negocio _____

Dirección _____

Calle

Ciudad Estado CP

Tel. Oficina _____

Fax No. _____

Otro contacto _____

¿UTILIZARÁ LOS SERVICIOS DE GUARDERÍA? *

____ Sí ____ No

____ ANTES DE LA ESCUELA (7:15-8:00 AM)

____ DESPUÉS DE LA ESCUELA (3:30 – 5:15PM)

* TODOS LOS ALUMNOS DE PRIMARIA QUE LLEGUEN ANTES DE LAS 8: 00 AM Y/O RESTANTE DESPUÉS DE 3: 45 PM TIENEN QUE ESTAR EN SERVICIO DE GUARDERÍA.

Por favor, seleccione un plan de pago de colegiatura

____ Pago Anual (Descuento de \$200 si paga colegiatura y honorarios antes del 31 de julio del 2026)

____ Pago a 10 meses (agosto – mayo) el primer pago empieza el 1° de agosto del 2026

Libros y honorarios deben pagarse antes del 1 de julio del 2026

Para uso de oficina solamente

RenWeb # _____ Inscripción _____ Efectivo / # de Cheque _____ Fecha _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE Y AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nac. _____ Grado _____

En el caso de que yo/nosotros no podamos ser contactados para hacer los arreglos necesarios para una situación médica de emergencia, la administración/personal de First Baptist School debe contactar a las siguientes personas, quienes tienen mi/nuestra autorización para asegurar atención médica a mi hijo(a). En la improbable situación de que estas personas no estén disponibles, yo/nosotros autorizamos al personal de la escuela para contactar a los doctores con licencia especificados en esta hoja, para consejo médico y, si es necesario, para transportar a mi hijo(a) a la oficina del doctor o a cualquier instalación con tratamiento médico disponible recomendado por el doctor. En caso de que el doctor no esté disponible o no esté dispuesto a dar instrucciones al personal de la escuela, también tienen mi/nuestra autorización para usar su criterio profesional para asegurar la mejor atención médica disponible para mi/nuestro(a) hijo(a). **First Baptist School NO ASUME ninguna responsabilidad en caso de accidente o daño.** Por este medio manifiesto que estoy de acuerdo en indemnizar y no perjudicar a la escuela o representante de la escuela, o de cualquier escuela u hospital, a través de ningún reclamo y por medio de ninguna persona, por el cuidado o tratamiento recibido por este estudiante. Si en el periodo entre esta fecha y el inicio de clases ocurriera cualquier enfermedad o daño que pudiera limitar la participación de este estudiante en cualquier actividad, o si hay algún cambio en su estado durante el año escolar, estoy de acuerdo en notificar a las autoridades de la escuela.

SE REQUIERE AL MENOS UN CONTACTO, ADEMAS DE LOS PADRES, EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE	RELACIÓN	TEL. CASA	TEL. OFICINA	CELULAR
	PADRE			
	MADRE			

SERVICIO MÉDICO/PERSONAL

Nombre del médico _____ Teléfono () _____

Dirección _____ Ciudad _____

Otro servicio médico de su preferencia o contacto _____ Tel. _____

Dirección _____ Ciudad _____

Información médica o instrucciones especiales o comentarios (incluyendo alergias a medicamentos)

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Compañía Aseguradora _____ Número de Póliza _____

Número de Grupo _____ Teléfono _____

ALERGIAS

Penicilina Asma/Fiebre del Heno Sensibilidad al sol Insectos Otro: _____

Favor de enlistar cualquier alimento que su hijo(a) no deba ingerir.

Favor de indicar el procedimiento adecuado en caso de reacción alérgica.

INFORMACIÓN ADICIONAL

En ocasiones, los estudiantes se quejan de molestias comunes como dolor de cabeza, garganta irritada o dolor de estómago. Favor de **marcar** qué productos podemos administrar a su estudiante.

_____ Tylenol

_____ Caramelo p/la Tos

_____ Tableta Antiácida

Su hijo(a) usa : _____ Lentes

_____ Lente de contacto

_____ Aparato p/Oír

OTRAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER AL ESTUDIANTE

Además de las mencionadas arriba, las siguientes personas pueden recoger a mi hijo(a) durante las horas de escuela/guardería.

NOMBRE	RELACIÓN	INICIALES DE PADRE

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es objetiva y cierta. Entiendo que falsificar información contenida en esta solicitud puede ser causa de no admisión o expulsión inmediata.

Llamaré a la escuela en la mañana que mi estudiante se ausente.

PADRE: _____

FECHA: _____

MADRE: _____

FECHA: _____

TUTOR(ES) LEGAL(ES): _____

FECHA: _____



ACUERDOS CONTRACTUALES

AÑO 20__ - 20__

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ GRADO _____

ACUERDO FINANCIERO

Entiendo que...

Los pagos de colegiatura deben ser realizados en un plan de 10 meses (Ago. – Mayo) a menos que se haya llegado a un acuerdo para hacer un pago anual o semi-anual. Los pagos deben hacerse el día 1º de cada mes. Los pagos que se realicen después del día 10 del mes, serán considerados como retrasos. Honorarios deben pagarse para el 1º de Julio y serán considerados como retrasos después del día 10. Después del día 10, un recargo del 10% del balance, será agregado al saldo de mi cuenta.

Si mi primer pago no ha sido realizado para el 10 de agosto, el nombre de mi hijo(a) puede ser reemplazado por el de otra persona en lista de espera.

First Baptist School no concede devoluciones de pagos de inscripción ni de pagos iniciales.

Si mi cuenta presenta un retraso y no se hizo algún arreglo previo con el director, mi(s) estudiante(s) no podrá (n) participar en ninguna actividad extracurricular y que mi(s) estudiante(s) podría (n) ser despedidos de la escuela hasta que se hagan los pagos necesarios.

LAS BOLETAS DE CALIFICACIONES no serán entregadas hasta que la cuenta sea saldada en su totalidad.

ACUERDO DE PARTICIPACIÓN

Mi estudiante tiene permiso de participar en todas las actividades escolares, incluyendo viajes en autobús, actividades deportivas, y viajes patrocinados por la escuela, fuera de las instalaciones de la escuela. Así mismo, doy mi consentimiento a FBS y su personal para fotografiar, video grabar o audio grabarme a mí o a mi estudiante en caso de ser necesario, y hacer uso de los derechos y/o publicar las fotografías, video grabaciones y audio grabaciones en cualquier publicación de la escuela y material de relaciones públicas.

Estamos de acuerdo en asistir a juntas de padres durante el año escolar, así como a la visita al salón de clases y conferencias de padres. He leído el manual de Padres-Estudiantes, estoy de acuerdo y apoyo las políticas de FBS.

DECLARACIÓN DE COOPERACIÓN

Estoy de acuerdo en que, si mi estudiante está inscrito en First Baptist School, haré mi mejor esfuerzo para cooperar y apoyar a la escuela en sus métodos y principios de educación.

FIRMAS: AMBOS PADRES DEBEN FIRMAR

PADRE: _____

FECHA: _____

MADRE: _____

FECHA: _____

TUTOR(ES) LEGALES: _____

FECHA: _____



ESTE FORMULARIO DEBE INCLUIRSE CON TODAS LAS SOLICITUDES DE INSCRIPCIÓN

Programas Federales 2026-2027

Los programas federales de Brownsville Independent School District (BISD) acoge con agrado la oportunidad de ayudar y apoyar a First Baptist School con laboratorios adicionales de lectura y matemáticas. Para determinar si su estudiante es o no es elegible para este programa, por favor complete la siguiente encuesta. Busque cuantos miembros son de su familia y vaya al nivel de ingreso anual en el gráfico.

# DE MIEMBROS EN SU HOGAR	INGRESO ANUAL
1	23,107
2	31,284
3	39,461
4	47,638
5	55,815
6	63,992
7	72,169
8	80,346

¿Es su ingreso familiar menos de la cantidad en el gráfico? _____Sí _____No

Por favor proporcione la siguiente información:

Nombre de su estudiante: _____

Dirección: _____

Nombre de escuela pública que su estudiante pertenece en el distrito escolar de Brownsville: _____

Nivel de grado de su estudiante: _____

NOTA: INDIQUE SOLO UN IDIOMA POR RESUESTA

1. ¿Qué idioma se usa en hogar del estudiante la mayor parte del tiempo? _____

2. ¿Qué idioma usa el estudiante la mayor parte del tiempo? _____

Firma del npadre o tutor: _____ Fecha: _____



First Baptist School

Physical Examination Form

Grade: _____ Year: _____

Both sides of this form must be completed, and turned into the school office before your student is allowed to participate in any athletic activity, including P.E. and recess

Student's Name _____ Gender _____ Age _____ Date of Birth _____
 Height _____ Weight _____ Pulse _____ Blood Pressure _____

Medical	Normal	Abnormal Findings	Initials
Appearance			
Eyes/ears/nose/throat			
Lymph nodes			
Heart – auscultation of the heart in the supine position			
- auscultation of the heart in the standing position			
- pulses (all extremities)			
Lungs			
Abdomen			
Genitalia (males only)			
Skin			

Musculoskeletal	Normal	Abnormal Findings	Initials
Neck			
Back			
Shoulder/arm			
Elbow/forearm			
Wrist/hand			
Hip/thigh			
Knee			
Leg/ankle			
foot			

Station-based examination only

Medical History Questionnaire - to be completed by the physician.

- | | | | |
|-----|---|-----|----|
| 1. | Is the patient under a doctor's care for a specific medical condition? | Yes | No |
| 2. | Has the patient been hospitalized overnight in the past year? | Yes | No |
| 3. | Has the patient had surgery in the past year? | Yes | No |
| 4. | Is the patient currently taking any prescription or over-the-counter medications? | Yes | No |
| 5. | Has the patient ever experienced any complications during or after exercise? | Yes | No |
| 6. | Does the patient cough, wheeze, or have trouble breathing during exercise? | Yes | No |
| 7. | Does the patient have asthma? Yes No Does the patient use an inhaler? | Yes | No |
| 8. | Has the patient ever been treated for high blood pressure or high cholesterol? | Yes | No |
| 9. | Does the patient have a heart murmur? | Yes | No |
| 10. | Has a doctor ever denied or restricted participation in sports due to heart or other problem? | Yes | No |
| 11. | Has the patient had a severe viral infection (e.g.; myocarditis or mononucleosis) within the last year? | Yes | No |
| 12. | Has the patient ever had a head injury or concussion? | Yes | No |
| 13. | Has the patient ever been knocked out, become unconscious, or lost their memory? | Yes | No |
| 14. | Has the patient ever had a seizure? | Yes | No |
| 15. | Is the patient missing any organs? | Yes | No |
| 16. | Does the patient use any special protective or corrective equipment or devices (e.g.; knee brace, oral retainer, foot orthotics, neck support)? | Yes | No |
| 17. | Has the patient ever experienced a ligament sprain, muscle strain or swelling in the joints due to injury? | Yes | No |
| 18. | Has the patient ever broken or fractured a bone or dislocated any joints? | Yes | No |
| 19. | Has the patient had any other problems with pain or swelling in muscles, tendons, bones or joints? | Yes | No |

Please provide explanations to "yes" responses:

HEARING @ 25 dB Date: _____ Screener Name: _____ Signature: _____
(Pure-Tone audiometric Sweep-Check Screen)
HZ 1000 2000 4000
Right _____
Left _____ Pass _____ Fail _____

Vision and Hearing: REQUIRED of ALL incoming 1st, 3rd, 5th and 7th grade students AND **ALL NEW STUDENTS**

VISION Date: _____ Screener Name: _____ Signature: _____
Right 20/ _____ Left 20/ _____ Pass _____ Fail _____

SPINAL Date: _____ Screener Name: _____ Signature: _____
L R
_____ High Shoulder
_____ Shoulder blade stands out more than the other
_____ Obvious curve of the spine in area rib cage
_____ Rib hump
_____ Obvious curve of spine in lower back
_____ Hip higher than the other side
Other (including round back): _____
Diagnosis: _____
Recommendation:
_____ No Treatment
_____ Treatment: _____ Observation _____ Brace _____ Surgery
_____ Other (describe): _____
_____ Referral (describe): _____
Activity Limitation (if any): _____
Additional Comments: _____
Return Appointment and Date, if any: _____

REQUIRED **ONLY** of ALL incoming 5th – 9th grade students

Acanthosis Nigricans Date: _____ Screener Name: _____ Signature: _____
AN Marker present (from palpation of Neck)? _____ Yes _____ No
If Yes, please record child's:
DOB: _____ Sex: _____ (M/F) Ethnicity: _____
Height (inches): _____ Weight (lbs): _____ BMI: _____
Blood Pressure (two, 3-5 minutes rest between): _____
_____ Normal (below 90th %) _____ Pre-hypertension (90-95th %) _____ Hypertension (95th % or more)

REQUIRED of ALL incoming 1st, 3rd, 5th and 7th grade students AND **ALL NEW STUDENTS**

Chickenpox (Varicella) Date: _____ Name: _____ Signature: _____
This is to verify that the above student had the varicella (chickenpox) illness on or about the following date (_____) and does not need the vaccine.

Statement of Clearance

I have examined this student and completed the questionnaire with the patient or legal guardian and have considered their responses in my statement of clearance for participation in physical activities.

I, hereby, certify that this student is:

_____ cleared for all physical activities

_____ cleared, after completing evaluation/rehabilitation for _____

_____ not cleared for _____ Reason: _____
(State specific activity/activities)

This form must be **completed and signed** by a Physician, a licensed Physician Assistant or a Nurse Practitioner. Examination forms signed by any other health care practitioner, including chiropractors, will not be accepted.

Examiner's name _____ Phone Number _____
Address _____
Street City State Zip
Signature _____ Date of Examination _____