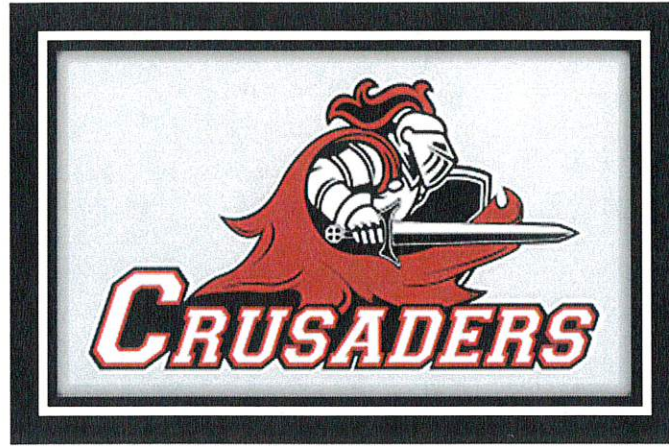


FIRST BAPTIST SCHOOL



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

PAQUETE DE 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

Bienvenido a la familia de First Baptist School

Gracias por su interés en First Baptist School. Sabemos que tiene muchas opciones en la educación; por lo tanto, estamos encantados de que usted confié en nosotros con esta oportunidad. Por favor sepa que no nos tomamos este privilegio ligeramente. Tenga por seguro que nuestro dedicado personal y Facultad hará todo lo posible para garantizar el éxito del estudiante. Su participación es bienvenida y apreciada. Por favor lea este paquete completo y cuidadosamente. Información completa realzará grandemente nuestra capacidad para ser eficaz. Confiando en el Señor, estamos encantados de servir a usted y a su familia.

Sirviendo al Señor,
Terry A. Roberts
Superintendente

+Lista de comprobación de admisiones:

- ✓ Formulario de solicitud completo
- ✓ Cartilla de vacunación actualizada
- ✓ Certificado de nacimiento
- ✓ Tarjeta de Seguro Social
- ✓ Calificaciones (2 años anteriores y actual)
- ✓ Prueba estandarizada (Iowa o Stanford)
- ✓ Carta de recomendación de su Pastor (**sólo los alumnos de secundaria, grados 6-12**)
- ✓ Carta de referencia de un maestro actual o administrador (**solamente los alumnos de secundaria, grados 6-12**)

Cuando todos los documentos y la solicitud este completa y sometida a la oficina de la escuela, se le dará una cita para el examen de admisión. Nuestra oficina les llamará para programar una entrevista con la directora de la escuela, cuando los resultados estén listos. Ambos padres, así como el estudiante necesita asistir a la entrevista con la directora de la escuela. FBS mira una variedad de factores al determinar la aceptación a nuestra escuela. Estos factores incluyen: motivación personal, rendimiento escolar y resultados de la prueba. Después de la entrevista, la familia será notificada de la decisión de aceptación. La familia tendrá dos semanas para responder a la decisión y completar los procedimientos de inscripción.

Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda durante este proceso, por favor póngase en contacto con la oficina de la escuela en (956) 542-4854.

FIRST BAPTIST SCHOOL SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR EL RETIRO DE CUALQUIER ESTUDIANTE QUIEN NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS ACADÉMICOS O FALLA EN CUMPLIR CON SUS REGLAS Y POLÍTICAS.

First Baptist School está comprometida a glorificar a Dios proporcionando una educación basada en la Biblia para que los estudiantes sean transformados y equipados para afrontar los retos de la educación postsecundaria y adelanto de la carrera, mientras que sirve e impacta al mundo para el Reino de Cristo

First Baptist School está totalmente acreditada por Association of Christian Schools International (ACSI) y Cognia Accreditation Commission y no discrimina en base de raza, origen nacional o étnico, género, edad o discapacidad en sus políticas de admisión o acceso a la educación y programas extracurriculares y actividades.



SOLICITUD DE INSCRIPCION

2025-2026

Fecha de aplicación: _____
 Solicitando para el grado: _____
 Otoño / Primavera Año 20__ - 20__

NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE _____ Masculino
 _____ Femenino
 Apellido Nombre 2º Nombre
 Domicilio/Dirección de Correo: _____ Fecha de Nac.: _____
 Calle/Apartado de Correos M/D/A
 Número de SS o Identificación _____
 Ciudad Estado Código Postal
 Teléfono: (____) _____ Ciudadanía: EEUU México Otra _____
 Grupo Étnico: _____

Nombre de Padre: _____
 Dirección _____
 Calle
 Ciudad Estado CP
 Tel. Domicilio (____) _____
 Tel. Celular (____) _____
Correo Electrónico _____
Ocupación _____
 Nombre del Negocio _____
 Dirección _____
 Calle
 Ciudad Estado CP
 Tel. Oficina _____
 Fax No. _____
 Otro contacto _____

Nombre de Madre: _____
 Dirección _____
 Calle
 Ciudad Estado CP
 Tel. Domicilio (____) _____
 Tel. Celular (____) _____
Correo electrónico _____
Ocupación _____
 Nombre del Negocio _____
 Dirección _____
 Calle
 Ciudad Estado CP
 Tel. Oficina _____
 Fax No. _____
 Otro contacto _____

¿UTILIZARÁ LOS SERVICIOS DE GUARDERÍA? Sí No
 Si la respuesta es **SÍ**, favor de marcar la opción apropiada.
 Antes de la escuela (7:30-8:00 am) Después de la Escuela (4:00 – 5:15pm)

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 2025)
 Pago a 10 meses (agosto – mayo) (el primer pago empieza el 1º de agosto del 2025)
Libros y honorarios deben pagarse antes del 1 de julio del 2025

Familia recomendada por:
 Para uso de oficina solamente: RenWeb # _____ Solicitud _____ Efectivo/TAR/Cheque _____
 Examen de Admisión _____ Fecha _____ Efectivo/TAR/Cheque _____ Fecha _____
 Inscripción _____ Efectivo/TAR/Cheque _____ Fecha _____

HERMANOS

Nombre _____

Grado _____

Escuela _____

LA IGLESIA QUE ASISTEN

HISTORIA DE ESCUELA

Escuela Actual _____ Director _____ Teléfono (____) _____

Dirección _____

Calle _____

Ciudad _____

Estado _____

Código Postal _____

Escuela/Guardería Anterior _____ Grados asistidos _____ Teléfono (____) _____

Dirección _____

Calle _____

Ciudad _____

Estado _____

Código Postal _____

El solicitante ha cambiado de escuelas: Voluntariamente _____ Involuntariamente _____

Si fue involuntariamente, por favor explique: _____

HISTORIA ACADÉMICA

¿El solicitante alguna vez adelantó o repitió un grado? Si _____ No _____

En caso afirmativo explique: _____

¿El solicitante alguna vez ha consultado a un profesional para exámenes u orientación? Si _____ No _____

En caso afirmativo especifique:

_____ Desarrollo del habla o lenguaje?

_____ Consejería?

_____ TDA/TDAH

_____ Diferencia de aprendizaje?

_____ Otro; especifique por favor _____

Favor de anexar una copia de los resultados de todas las pruebas a menos que éstas ya se encuentren en el archivo de FBS.

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.

Padre: _____ Fecha _____

Madre: _____ Fecha _____

Tutor Legal: _____ Fecha _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE Y AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nac. _____ Grado _____

En 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 estudiante 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

A mi leal entender y saber, la información proporcionada arriba y en la página anterior es cierta y exacta.
Llamaré a la escuela en la mañana que mi hijo se ausente, si es posible.

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) o de 12 meses, a menos que se haya llegado a un acuerdo para hacer un pago anual o semianual. 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. Cuotas vencen el 1 de julio y se consideran tarde el 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 estudiante puede ser reemplazado con el de otra persona en lista de espera.

First Baptist School no concede devoluciones de pagos de inscripción ni de pagos iniciales de **junio o agosto.**

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

Las 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, videogravar o audigravar a mí hijo/a en caso de ser necesario, y hacer uso de los derechos y/o publicar las fotografías, videograbaciones y audigrabaciones 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 las conferencias de padres.

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: _____



First Baptist School Physical Examination Form

School Year _____

Grade _____

Both sides of this form must be completed and on file prior to participating 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 incoming 1st, 3rd, 5th and 7th grade;*
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 of all incoming 5th - 9th graders only

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 incoming 1st, 3rd, 5th and 7th grade;
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 _____



CARTA DE RECOMENDACIÓN DE PASTOR

Fecha _____

PARA SER LLENADO POR LOS PADRES O TUTOR ANTES DE DAR A SU PASTOR

Nombre del padre o Tutor legal _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

CP _____

Solicitando para:

Primaria

Secundaria

Preparatoria

Nombre(s) de estudiante(s) que solicitan admisión:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

PARA SER COMPLETADO POR EL PASTOR

La familia aquí mencionada está solicitando su admisión a First Baptist School. Favor de contestar las siguientes preguntas y **enviar la forma completa en un sobre sellado** a First Baptist School. Gracias.

¿Su iglesia apoya la filosofía que se expone al reverso de esta forma?

Sí No

¿Las personas de esta familia son miembros de su iglesia?

Sí No

¿Esta familia asiste regularmente a los servicios en su iglesia?

Sí No

¿En qué actividades de la iglesia participan los miembros de esta familia?

¿Qué evidencia de crecimiento espiritual ha observado usted en esta familia?

¿Hay algún otro dato que considera usted importante que nosotros sepamos acerca de esta familia?

Nombre del Pastor _____ Firma del Pastor _____

Nombre de la iglesia _____ Correo electrónico del Pastor _____

Teléfono () _____ Fax () _____

Dirección de la iglesia _____

Ciudad _____ Estado _____ CP _____

FIRST BAPTIST SCHOOL

DECLARACIÓN DE FE

Nosotros incondicionalmente afirmamos y creemos en:

*La Divina inspiración de la Biblia, en todas sus partes y exenta de error en su origen;

*Un único, eterno Dios, existente en tres personas: Padre, Hijo y Espíritu Santo, quien creó al hombre en un acto directo e inmediato;

*La pre-existencia, encarnación, nacimiento de una virgen, vida libre de pecado, milagros, muerte en sustitución por los pecadores, resurrección, ascensión a los Cielos, y segunda venida del Señor Jesucristo;

*La caída del hombre, la necesidad de regeneración por obra del Espíritu Santo, en base solamente a la gracia, y en la resurrección de todos a la vida o a la condenación;

*La relación espiritual de todos los creyentes en el Señor Jesucristo, viviendo una vida de rectitud, separados del mundo, testificando de Su gracia y salvación a través del ministerio del Espíritu Santo.

FBS no discrimina sobre la base de origen de raza, color, orígenes nacionales o étnicas en sus políticas de admisión o el acceso a sus actividades y programas educativos y extracurriculares.



Este Formulario debe incluirse con todas las solicitudes de inscripción

Programas Federales 2025-2026

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	47,368
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 REPUESTA

1. ¿Que idioma se usa en el hogar del estudiante la mayor parte del tiempo? _____
2. _____
3. ¿Que idioma usa el estudiante la mayor parte del tiempo? _____
4. _____

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____



TEACHER REFERENCE FORM

APPLICANT'S NAME _____

The above applicant desires to be a student at First Baptist School and wishes to use your name as a reference. FBS accepts students who have a commitment to Christian excellence and who will support the principles and policies of FBS. This referral will be kept strictly confidential. We appreciate your time in providing us with your honest appraisal of this applicant.

How long have you known the applicant? ____ (yrs)

What, in your estimation, are the applicant's strengths?

In what areas might the applicant need to experience growth?

IF THERE IS ADDITIONAL INFORMATION ABOUT THIS APPLICANT THAT YOU FEEL WE SHOULD KNOW PLEASE INDICATE ON THE BACK OF THIS FORM.

On the following scale, with 1 being the weakest and 5 being the strongest, please share your personal appraisal of the applicant.

- | | |
|---------------------------|----------------------|
| A. Spirituality | 1 2 3 4 5 don't know |
| B. Intellect | 1 2 3 4 5 don't know |
| C. Judgment | 1 2 3 4 5 don't know |
| D. Attitude | 1 2 3 4 5 don't know |
| E. Relationship to church | 1 2 3 4 5 don't know |
| F. Lifestyle | 1 2 3 4 5 don't know |
| G. Personal discipline | 1 2 3 4 5 don't know |

- I recommend this applicant without reservation.
- I recommend this applicant with reservation.
- I do not recommend this applicant under the present circumstances.
- I do not recommend this applicant under any circumstances.

Your name _____ Teaching Position _____
Address _____ Phone _____

May we contact you by phone concerning this applicant? yes no

**PLEASE MAIL THIS RECOMMENDATION TO THE ADDRESS GIVEN BELOW,
OR RETURN TO THE APPLICANT IN A SEALED ENVELOPE WHICH YOU HAVE SIGNED OVER THE SEAL.**



Principal's Evaluation Form

Student Full Name _____

DOB: _____ Grade Level _____

Yes ___ No ___ Is your school accredited?

Yes ___ No ___ Is the student eligible to re-enter your school next term?

Yes ___ No ___ Is the student currently in a Special Education Program?

Yes ___ No ___ Has the student been involved in acts of dishonesty?

Yes ___ No ___ Has the student been involved in substance abuse this year?

Yes ___ No ___ Has the student participated in or stimulated disorderly, disruptive, or unmannerly conduct?

Yes ___ No ___ Has the student exhibited unsatisfactory adjustments to other students?

Yes ___ No ___ Has the student had physical health problems?

Yes ___ No ___ Has the student had emotional health problems?

Yes ___ No ___ Has the student been disciplined by administrators?

Yes ___ No ___ Has the student been suspended?

Yes ___ No ___ Has the student been expelled?

Yes ___ No ___ Has this student exhibited any behavior that would indicate a(probability) (possibility) (danger) that he (will) (could) (might) abuse or assault a fellow student?

Yes ___ No ___ Has this student made any statements or threats that would indicate risk or harm towards others?

Please give us your candid opinion of this student as a student and citizen. We wish to know about the student's work habits, motivation, sense of humor, areas of strength and areas of weakness. We are particularly interested in your estimate of this student's potential. If there are any reasons why you would NOT recommend this applicant as a student, please share those thoughts with us as well. Thank you for your time and cooperation. *Please attach your explanation.*

Name of person completing this form

First Name _____ Last Name _____

Signature _____ Title _____

Date _____

Name of School _____
Address _____ City _____ State _____ ZC _____