



TOCANDO VIDAS HOY PARA LA ETERNIDAD. . .

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 interés en First Baptist School. Sabemos que usted tiene muchas opciones para la educación de sus hijos, por lo tanto, nos alegra bastante que nos den esta oportunidad. Pueden tener la seguridad de que nuestro personal y todos los profesores harán todo lo posible para garantizar el éxito de su estudiante. Su participación es muy importante. Confiando en el Señor, esperamos servirle a usted y su familia.

Favor de llenar su solicitud. Solo se procesarán las solicitudes con toda la información requerida y sus registros de inmunización actualizados.

Una buena comunicación mejorará en gran manera nuestra capacidad para ser eficientes. Nuestra fuente de comunicación primaria y oficial es por correo electrónico. Por lo tanto, se requiere que cada familia tenga una dirección de correo electrónico actualizada en el archivo de la oficina de la escuela. Le recomendamos que se asegure de mantener al corriente las direcciones de correo electrónico y número de celulares con la oficina de la escuela, ya que también se necesitan en caso de emergencia.

Es de gran honor la oportunidad que nos dan para servirles y lo hacemos con mucho gusto. Los voluntarios desempeñan un papel vital en el éxito de nuestra escuela. Nuestro equipo de voluntarios ayuda a mantener el costo de la colegiatura a un nivel más bajo. Le pedimos nos Informe en la oficina de la escuela si usted está interesado en ser parte de este gran equipo de voluntarios.

Dios les bendiga.

En el servicio del Señor,
Terry A. Roberts
Superintendente

First Baptist School reserva el derecho de solicitar dar de baja a cualquier estudiante que no cumpla con los requisitos académicos o no cumpla 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 post-secundaria 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
Southern Association of Colleges and Schools (SACS)
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.**



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, ADEMÁS DE LOS PADRES, EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE	RELACIÓN	TEL. CASA	TEL. OFICINA	CELULAR
	PADRE			
	MADRE			

SERVICIO MÉDICO/PERSONAL

Nombre del médico _____ Teléfono (____) _____

Dirección _____
Calle Ciudad Estado CP

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

Dirección _____
Calle Ciudad Estado CP

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Compañía Aseguradora _____ Número de Póliza _____

Número de Grupo _____ Teléfono _____

ALERGIAS: Sí No

Penicilina Asma Sensibilidad al sol Insectos Otro: _____

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 **indicar** cuales productos podemos administrar a su estudiante.

Tylenol Caramelo p/la Tos Tableta Antiácida

Indicar si su hijo(a) usa: Lentes Lentes 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.

FIRMAS: AMBOS PADRES DEBEN FIRMAR

PADRE: _____

FECHA: _____

MADRE: _____

FECHA: _____

TUTOR(ES) LEGALES: _____

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 1° de cada mes. Los pagos que se realicen después del día 10 del mes, serán considerados como retrasos. Honorarios deben pagarse para el 1° 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: _____



Programas Federales 2020-2021

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: _____



First Baptist School Physical Examination Form (Re-Enroll)

School Year _____

Grade: _____

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

Student's Name _____ Gender _____ Age _____ Date of Birth _____
 Height _____ Weight _____ Pulse _____ Blood Pressure _____
 Vision: R - 20/ ____ L - 20/ ____ Corrected: yes no Pupils: Equal ____ Unequal ____

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

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

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 _____