



Formulario de Inscripción

Fecha: _____

Nombre del niño/niña: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____

Nombre del Padres/ Guardian: _____

Dirección: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Teléfono Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Ultimo grado escolar completado: _____ Grado de ingreso: _____

Alergias/información Medica: _____

Contactos de Emergencia:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre(s) de la(s) persona(s) que pueden recoger a este niño/a de la escuela:

Declaración de Cooperación

Al presentar la solicitud para mi hijo, deseo que complete el año escolar 2026-2027. Tengo entendido que la política de la escuela es no hacer reembolsos par la inscripción u otras tarifas. Doy permiso a Faith Outreach Academy para que mi hijo participe en todas las actividades escolares, incluidas excursiones, actividades deportivas y viajes patrocinados par la escuela fuera de las instalaciones escolares. Libero a la escuela de responsabilidad hacia mí o hacia mi hijo debido a cualquier lesión sufrida par mi hijo en la escuela, en el camino hacia o durante la actividad escolar. Sin embargo, espero una supervisión adecuada de mi hijo en todo momento. He firmado un formulario de consentimiento y liberación. En caso de que se tomen acciones legales, par cualquier motivo, contra Faith Outreach Academy o cualquier empleado o agente de la misma en nombre de mi hijo, y la escuela o su agente no son declarados culpables, acepto pagar las honorarios de abogados, honorarios judiciales, daños cualquier otro costo en el que Faith Outreach Academy o sus agentes deban incurrir para defenderse de dicha acción. Confirmo que he leído atentamente el Formulario de Consentimiento y Liberación y conozco su contenido. También entiendo que hay muchas fotografías tomadas o videos de varios eventos para su publicación en el anuario o posible transmisión televisiva. Las fechas de pago se harán cumplir estrictamente; El incumplimiento puede resultar en la suspensión o despido de mi hijo. Las tardanzas excesivas, las salidas anticipadas o las ausencias pueden provocar un fracaso académico y, en ultima instancia, el despido. Las acciones y actitudes negativas pueden resultar en el despido. Faith Outreach Academy tiene derecho a registrar las casilleros y las pertenencias de las estudiantes.

La violación de las reglas establecidas en el manual será sancionada con disciplina en todos los casos. He leído el manual del estudiante y apoyo las políticas de la escuela. Se requiere que las padres asistan a todas las reuniones de padres y maestros. Los padres y estudiantes deben cumplir con la política de vestimenta de la academia. Los padres deben participar activamente en el voluntariado y la recaudación de fondos. La mala conducta o la falta moral en la conducta de un estudiante serán estrictamente disciplinadas y esta solicitudes motivo de despido de Faith Outreach Academy.

Firma del Padre/ Guardian: _____ Firma del Estudiante: _____



REGISTRO MEDICO Y DE SALUD DEL ESTUDIANTE DE FAITH OUTREACH ACADEMY

NOMBRE: _____ D.O.B. _____ SEXO: _____

DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____ TELEFONO CASA: _____

PADRE/TUTOR 1: _____

PADRE/TUTOR 2: _____

RELACION CON EL ESTUDIANTE (Padre/Tutor 1) _____

RELACION CON EL ESTUDIANTE (Padre/Tutor 2) _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ RELACION: _____

DIRECCION: _____ CUIDAD: _____ ESTADO: _____ CP: _____

TELEFONO: _____ TELEFONO DEL TRABAJO: _____

MEDICO: _____ TELEFONO: _____

FECHA DEL ULTIMO FÍSICO: _____

INS PRIMARIO: _____ NÚMERO DE SEGURO: _____

HISTORIA PASADA Y ALERGIAS

SU HIJO HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

____ Fiebre del Heno

____ Anemia

____ Asma

____ Sarampión

____ Varicela

____ Migraña dolor de cabeza

____ Epilepsia

____ Tos Ferina

____ Paperas

____ Alergias

____ Tendencia Sangrante

____ Diabetes



CUALQUIER PREOCUPACION MEDICA/CIRUGÍA MAYOR:

INFORME LAS FECHAS APROXIMADAS

MEDICAMENTOS *Al estudiante se le prescribe actualmente:*

JES USTED ALE.RGICO A ALGUN MEDICAMENTO/ALIMENTO? SI O NO

INDICA CADA MEDICAMENTO/ALIMENTO Y CON QUE FRECUENCIA SE TOMA:

EL MEDICAMENTO DEBE ESTAR EN EL ENVASE ORIGINAL DE RECETA, EL PERSONAL DE LA ESCUELA ADMINISTRARA MEDICAMENTOS DE VENTA RECETA CON UNA AUTORIZACION FIRMADA

(LOS PADRES DEBEN PRESENTAR UNA IDENTIFICACION EN PERSONA PARA QUE EL PERSONAL DE LA OFICINA SE NOTARIO)

EMERGENCY MEDICAL AUTHORIZATION:

Por la presente autorizo a los agentes de Faith Outreach Academy a dar consentimiento para toda la atención medica necesaria para mi hijo mientras este involucrado en Programa de la Academia Faith Outreach.

_____ 0 _____

Nombre del Padre

Fecha

Nombre de la Madre

Fecha

ESTADO DE FLORIDA, CONDADO DE HILLSBOROUGH

Ante mi compareció personalmente la autoridad que suscribe _____ quien ha mostrado

Identificación _____ Numero _____ Caducidad _____

Testigo de mi mano y sello oficial este _____ día de _____

Notario Publico, Estado de Florida