

FAITH OUTREACH ACADEMY

Formulario de Inscripción

¿Su hijo tiene asma? Si No

Fecha	Año Escolar	Grado Para Entrar	___ Nueva Inscripción	___ Reinscripción
Nombre del Estudiante: Apellido:		Primer Nombre:		Segundo Nombre:
Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
Edad	Fecha de Nacimiento	/ /	Masculino _____	Masculina _____ Seguro Social
Cualquier Condición Médica:				
Última Escuela a la que asistió		Dirección de la Escuela		
Círcule los Grados que asistió previamente en esta escuela K3 K4 K5 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12				
Nombre del Padre:		Empleador	Dirección de correo electrónico	
Teléfono del trabajo #		Número Celular #		
Nombre de la madre		Empleador	Dirección de correo electrónico	
Teléfono del trabajo #		Número Celular #		

Si los padres están separados o divorciados, ¿con quién viven los hijos?		
___ Casado	___ Divorciado	___ Viudo ___ Soltero ___ Separado
Las calificaciones de los estudiantes han sido: ___ Superior ___ Por Encima del Promedio ___ Promedio ___ Debajo del Promedio		
¿El estudiante reprobó algún grado? ___ Si ___ No En caso afirmativo, ¿qué grado o grados?		
Razón para seleccionar esta escuela		¿Tiene su hijo alguna necesidad académica especial?
Escuela recomendada por:		
Si K-3 o K4: ¿Está su hijo capacitado para usar el baño solo? ___ Si ___ No		
Iglesia que ahora asiste	¿Asiste regularmente?	Nombre del Pastor
Dirección		Teléfono
¿El estudiante asiste a un grupo juvenil?		Nombre del Pastor Juvenil
¿Alguna vez el estudiante hizo una profesión de fe?		
Contacto de emergencia (alguien que no sea los padres)		
1.	2.	3.
Nombre del médico		Teléfono
Haga una lista de dos o más personas que pueden recoger a su hijo de la escuela:		

(7º grado solamente) 1. ¿Está o ha estado bajo la supervisión de un oficial de libertad condicional o bajo la custodia de tribunales de menores? _____ 2. ¿Alguna vez has tenido antecedentes policiales? _____ Si es así, indique las fechas y el nombre completo y la dirección del juez o los oficiales de libertad condicional.

DECLARACIÓN DE COOPERACIÓN

Al presentar una solicitud para mi hijo, es mi deseo que él o ella complete el año escolar 2022-2023

Entiendo que la política de la escuela es no hacer reembolsos por inscripción u otras tarifas. Doy permiso a Faith Outreach Academy para que mi hijo participe en todas las actividades escolares, incluidas las excursiones, actividades deportivas y viajes patrocinados por la escuela fuera de las instalaciones escolares. Libero a la escuela de mi responsabilidad o la de mi hijo debido a cualquier lesión a mi hijo en la escuela, en la ruta o durante la actividad escolar. Sin embargo, sí espero la supervisión adecuada de mi hijo en todo momento. He firmado un formulario de consentimiento y divulgación. Si se toman acciones legales, por 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 se encuentran culpables, acepto pagar los honorarios de abogados, honorarios de la corte, daños o cualquier otro costo en el que Faith Outreach Academy o sus agentes deban incurrir para defenderse de tal acción. Confirmando que he leído cuidadosamente el Formulario de consentimiento y divulgación y conozco el contenido del mismo. También entiendo que puede haber fotos tomadas o videos de diferentes eventos para su publicación en el anuario o posible transmisión por televisión. Las fechas de pago se aplicarán estrictamente; el incumplimiento puede resultar en la suspensión o el despido de mi hijo. Tardanzas excesivas, salidas tempranas o ausencias pueden conducir al fracaso académico y finalmente a la salida. Las acciones y actitudes negativas pueden resultar en despido. Faith Outreach Academy tiene el derecho de buscar en los casilleros y pertenencias de los estudiantes.

La violación de las reglas establecidas en el manual se seguirá con disciplina en todos los casos. He leído el manual del estudiante y apoyo las políticas de la escuela. **Los padres deben asistir a todas las reuniones de padres y maestros. Los padres y los 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 lapsos morales en la conducta de un estudiante serán estrictamente disciplinados para incluir el despido. Entiendo que cualquier tergiversación en esta solicitud es motivo de despido de Faith Outreach Academy.**

Firma del Padre / Guardián Legal: _____ Firma del Estudiante: _____

**AUTORIZACIÓN PARA USO DE COMENTARIOS Y FOTOS DEL
ESTUDIANTE**

Se autoriza a Faith Outreach Center Ministries, Inc. a tomar o permitir que se tomen fotos y / o videos de mi hijo, _____ para uso de Faith Outreach Center Ministries, Inc. en publicaciones, periódicos, boletines, Facebook, Instagram, Anuario, su sitio web y / o en televisión y expresamente permito que Faith Outreach Center Ministries, Inc. los use de cualquier manera relacionada con la escuela y el ministerio segun lo considere apropiado.

Este acuerdo contiene todos los entendimientos, orales y escritos, de las partes y reemplaza a todos los acuerdos anteriores. Si se determina que alguna parte de este Acuerdo es inválida o inaplicable, no afectará el resto de este Acuerdo. La ley del Estado de la Florida regirá este acuerdo.

Fechado el día _____ de _____, 20_____

Nombre del Estudiante _____

Padre / Guardián Legal _____

Grado actual _____

FAITH OUTREACH ACADEMY

REGISTRO MÉDICO Y DE SALUD DEL ESTUDIANTE

INFORMACIÓN GENERAL:

NOMBRE: _____ D.O.B. _____ SEG. SOC: _____ SEX: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ LUGAR DE EMPLEO: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ LUGAR DE EMPLEO: _____ TELÉFONO: _____

NÚMERO DEL PADRE / S.S.: _____ NÚMERO DE LA MADRE / S.S.: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ RELACIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ TELÉFONO: _____ TELÉFONO DE TRABAJO: _____

MÉDICO: _____ TELÉFONO: _____ FECHA DEL ÚLTIMO FÍSICO: _____

SEGURO PRIMARIO: _____ POLÍZA NO: _____ TELÉFONO: _____

SEGURO DENTAL: _____ POLÍZA NO: _____ TELÉFONO: _____

HISTORIA MEDICA Y ALERGIAS:

¿TU HIJO HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

___ Anemia _____ Dolor de cabeza por migraña

___ Asma _____ Tos ferina

___ Viruela _____ Alergias

___ Epilepsia _____

___ Tendencia a sangrar _____

___ Papera

___ Diabetes

___ Fiebre Alta

___ Sarampión

POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN EN LAS PÁGINAS 1 Y 2

HOSPITALIZACIÓN:

Lista de razones y fechas aproximadas

OPERACIONES:

Lista de razones y fechas aproximadas

LESIONES GRAVES

Lista de lesiones y fechas aproximadas.

Huesos Rotos o Dislocados Anteriores

MEDICAMENTOS QUE AL Estudiante se le prescribe actualmente:

¿ERES ALÉRGICO A ALGUNA MEDICACIÓN / ALIMENTOS? _____ SI _____ NO

ENUMERE CADA MEDICA / ALIMENTO, Y CON QUÉ FRECUENCIA SE TOMA:

TODA LA MEDICINA DEBE ESTAR EN CONTENEDOR DE RECETA ORIGINAL. EL PERSONAL ESCOLAR NO ADMINISTRARÁ MEDICINA SIN RECETA.

(LOS PADRES DEBEN PRESENTAR IDENTIFICACIÓN en persona para que el personal de la oficina lo notifique)

AUTORIZACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:

Por la presente autorizo a los representantes de Faith Outreach Academy a dar su consentimiento para toda la atención médica necesaria para mi hijo mientras él /ella está participando en cualquier programa de Faith Outreach Academy.

Firma del Padre

Fecha

O

Firma de la Madre

Fecha

ESTADO DE FLORIDA, CONDADO DE HILLSBOROUGH

Ante mí, la autoridad suscrita, apareció personalmente _____ quien ha demostrado

Identificación _____ Número _____ Vencimiento _____

Como testigo de este acto, firm y estampo mi sello oficial el _____ día de _____,

Notario Público, Estado de Florida

Formulario de Consentimiento y Divulgación

El padre o guardián que suscribe consiente a mi hijo, _____, participando en eventos patrocinados por Faith Outreach Academy para _____ año escolar. Certifico que mi hijo puede participar. Si mi hijo tiene condiciones médicas las cuales puede ser relevantes para un médico en caso de emergencia, los he enumerado al dorso. En caso de una emergencia, me pueden localizar en el número de teléfono que figura en la parte posterior. Si no se me puede localizar, autorizo al personal de la Academia a tomar decisiones médicas de emergencia para mi hijo. Si hay actividades en las que no quiero que mi hijo participe, las he enumerado al dorso.

Entiendo y acepto asumir todos los riesgos que pueden surgir en dichas actividades, incluidas las actividades preliminares y posteriores a las mismas. Por la presente, acepto eximir a Faith Outreach Center Academy y sus representantes y empleados, de toda responsabilidad, acciones, causas de acciones, reclamos, gastos por daños a mi hijo o propiedad, incluso lesiones que resulten en la muerte, que ahora tengo o que puede surgir en el futuro en relación con las actividades o la participación en cualquier otra actividad asociada.

Acepto expresamente que este acuerdo de exención, e indemnización tiene la intención de ser amplio e inclusivo según lo permitido por la ley del Estado de la Florida y que si alguna parte del mismo se considera inválida, se acuerda que el resto, sin embargo, continuará en plena vigencia legal. Este comunicado contiene el acuerdo completo entre las partes y los términos de este comunicado son contractuales y no un documento escrito.

Si, por algún motivo, yo, mi familia o mis herederos inician una demanda contra Faith Outreach Center Inc., estoy de acuerdo en pagar los daños y perjuicios por tal demanda, si yo, mis herederos o mi familia pierden dicha demanda, todos los costos y honorarios de abogados incurridos por Faith Outreach Center, Inc. o su representante en la defensa de dicha acción.

Además, declaro que he leído cuidadosamente el comunicado anterior y conozco el contenido del mismo y firmo este comunicado bajo mi propia voluntad. Este es un acuerdo legalmente vinculante que he leído y entiendo.

Padres/Guardián Legal _____ Fecha _____

NOTA: POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN EN LA PÁGINA SIGUIENTE

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y LIBERACIÓN
(CONTINUACIÓN)

Condiciones médicas que debe tener en cuenta:

Números de teléfono donde me puedan localizar en caso de emergencia:

(NOTA: Los números deben ser precisos y actualizados periódicamente)

No deseo que mi hijo participe en lo siguiente:

Nombre y número de teléfono del médico:

Compañía de seguro de salud: _____

Número de póliza: _____

Compañía de seguros dentales: _____

Número de póliza: _____



Formulario de Autorización de Recogida de Estudiantes

En un esfuerzo por proteger a nuestros estudiantes, le pedimos que nos haga saber, de antemano, quién tiene permiso, además de usted, para recoger a su hijo. Puede preautorizar a las personas enumerándolas a continuación. Informe a estas personas que se les puede pedir que muestren una identificación con foto si un miembro del personal no está familiarizado con ellas. Cualquier persona que venga a recoger a su hijo, que no está en la lista, no podrá irse con su hijo a menos que hayamos recibido una notificación previa por escrito del padre / tutor con custodia.

Nombre del Estudiante: _____

Padres Custodios / Guardián legal: _____ Teléfono: _____

Adulto Autorizado para Recoger al Estudiante

<i>Nombre</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Relación con el Estudiante</i>
<i>Nombre</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Relación con el Estudiante</i>
<i>Nombre</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Relación con el Estudiante</i>
<i>Nombre</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Relación con el Estudiante</i>

Enumere cualquier adulto que no esté autorizado para recoger a su hijo: _____

Autorización de Padres / Guardián Legal

La información anterior es correcta, y por la presente doy permiso para que mi hijo sea recogido por las personas mencionadas. Entiendo que mi hijo no podrá irse con nadie que no esté en esta lista.

Firma de Padres / Guardian Legal

Fecha

FAITH OUTREACH ACADEMY REGISTRO DESPUÉS DEL CUIDADO



Aftercare (*después de finalizar las clases*) comienza a las 3:45 p.m. y termina a las 6:30 p.m. (los cargos comienzan a las 3:45 p.m.) Tenemos tres tarifas fijas. Los costos de aftercare son los siguientes: (1) Hasta 5 horas por semana \$35.00 (por niño), (2) de 5 a 10 horas por semana es \$45.00 (por niño), y (3) más de 10 horas por semana es \$50.00 (por niño). Los estudiantes no recogidos a las 6:30 p.m. tendrán un cargo de \$3.50 por cada diez minutos. Los cargos por "Aftercare" se vence cada lunes de la semana anterior o su hijo no puede usar aftercare la próxima semana a menos que se hayan hecho arreglos con el Gerente Financiero. **UN CARGO DE \$10.00 LATE SE AGREGARA A SU CUENTA SI NO SE RECIBE POR ESTA FECHA.**

TODAS LAS REGLAS DE CORTESÍA, VESTIMENTA Y COMPORTAMIENTO DE LA ACADEMIA PERMANECERÁN EN EFECTO DURANTE EL AFTERCARE.

Complete el siguiente formulario y registro y devuélvalo a la oficina de la Academia.

_____ 5 horas o menos _____ 5 a 10 horas _____ Más de 10 horas

Nombre del Estudiante _____ Grado _____
Nombre del Estudiante _____ Grado _____
Nombre del Estudiante _____ Grado _____

Nombre de la Madre _____
Número de teléfono _____ (C) _____ (H) _____ (W)
Nombre del Padre _____
Número de teléfono _____ (C) _____ (H) _____ (W)

Personas autorizadas a recoger al niño.

Nombre: _____
Nombre: _____
Nombre: _____