



TOCANDO VIDAS HOY PARA LA ETERNIDAD. . .

## 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 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.

En el servicio del 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.

### ***Comuníquese con la oficina si tiene alguna pregunta.***

**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 totalmente acreditada por Association of Christian Schools International (ACSI) y Southern Association of Colleges and Schools (SACS) 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.

*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*



# SOLICITUD DE INSCRIPCION 2019-2020

Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_  
Solicitando para el grado: \_\_\_\_\_  
Otoño / Primavera Año 20\_\_ - 20\_\_

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

## 1. Padre/Tutor

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Calle  
Ciudad Estado CP  
Tel. Domicilio (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Tel. Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Ocupación \_\_\_\_\_  
Nombre del Negocio \_\_\_\_\_  
Tel. Oficina \_\_\_\_\_  
Relación con el estudiante:  
 Padre  Madre  
 Padrastro  Madrastra  Abuelo/a  
 Tío/a  Hermano/a

## 2. Padre/Tutor

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Calle  
Ciudad Estado CP  
Tel. Domicilio (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Tel. Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Ocupación \_\_\_\_\_  
Nombre del Negocio \_\_\_\_\_  
Tel. Oficina \_\_\_\_\_  
Relación con el estudiante:  
 Padre  Madre  
 Padrastro  Madrastra  Abuelo/a  
 Tío/a  Hermano/a

¿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 – 5:15)

## Por favor, seleccione un plan de pago de colegiatura

\_\_\_\_ Pago Anual (Descuento de \$120 si paga colegiatura y honorarios antes del 31 de julio del 2019)

\_\_\_\_ Pago a 10 meses (agosto – mayo) (el primer pago empieza el 1º de agosto del 2019)

*Libros y honorarios deben pagarse antes del 1 de julio del 2019*

Familia recomendada por: \_\_\_\_\_

Para uso oficial solamente: ID# de familia \_\_\_\_\_ Cuota de Solicitud \_\_\_\_\_ Cheque # \_\_\_\_\_

Prueba Req: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Cuota de Prueba: \_\_\_\_\_ Cheque # \_\_\_\_\_ Fecha de Entrevista: \_\_\_\_\_

Aceptado Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Cargo de Inscripción \_\_\_\_\_ Cheque # \_\_\_\_\_

## HERMANOS

Nombre

Grado

Escuela

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?  Sí  No

En caso afirmativo explique: \_\_\_\_\_

¿El solicitante alguna vez ha consultado a un profesional para exámenes u orientación?  Sí  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.

Firma de Padre: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma de Madre: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma de 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, 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 \_\_\_\_\_  
Ciudad CP

Otro servicio médico de su preferencia o contacto \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad CP

### INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Compañía Aseguradora \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_

Número de Grupo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

ALERGIAS  Sí  No

Tipo de Alergia (droga, comida insecto): \_\_\_\_\_

Medicamento para controlar la alergia: \_\_\_\_\_

Alguna Alerta Especial o Tratamiento de Emergencia: \_\_\_\_\_

## 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  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 estudiante se ausente.

FIRMA DE PADRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA DE MADRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA DE 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 (Jun.-Mayo), a menos que se haya llegado a un acuerdo para hacer un pago anual o semianual. 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. Cuotas vencen el 1 de julio de 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 hijo(a) 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(s) hijo(s) no podrán participar en ninguna actividad extracurricular y podrán ser despedidos 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 hijo(a) 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 audiogravar a mí hijo/a en caso de ser necesario, y hacer uso de los derechos y/o publicar las fotografías, videograbaciones y audiograbaciones 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 hijo(a) está inscrito(a) 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 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 |
|--|--------|-------------------|----------|
| <b>Appearance</b>  |        |                   |          |
| 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? <b>Yes</b> <b>No</b> 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 1<sup>st</sup>, 3<sup>rd</sup>, 5<sup>th</sup> and 7<sup>th</sup> 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 6<sup>th</sup> – 9<sup>th</sup> 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 90<sup>th</sup> %) \_\_\_ Pre-hypertension (90-95<sup>th</sup> %) \_\_\_ Hypertension (95<sup>th</sup> % or more)

**REQUIRED of ALL incoming 1<sup>st</sup>, 3<sup>rd</sup>, 5<sup>th</sup> and 7<sup>th</sup> 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 \_\_\_\_\_



## CARTA DE RECOMENDACIÓN DE UN 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. \_\_\_\_\_

---

### 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?

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Nombre del Pastor: \_\_\_\_\_

Nombre de la iglesia: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del Pastor: \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección de la iglesia \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado CP

Firma del Pastor: \_\_\_\_\_

# **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.



## Programas Federales 2019-2020

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                         | 22,459        |
| 2                         | 30,451        |
| 3                         | 38,443        |
| 4                         | 46,435        |
| 5                         | 54,427        |
| 6                         | 62,419        |
| 7                         | 70,411        |
| 8                         | 78,403        |

-----  
¿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: \_\_\_\_\_

**Este formulario debe incluirse con todas las solicitudes de inscripción.**



# STUDENT 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 has been your relationship to the applicant?

**Teacher**     Administrator

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 \_\_\_\_\_ 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.*

First Baptist School is fully accredited by the Association of Christian Schools International (ACSI) and Southern Association of Colleges and Schools (SACS) and does not discriminate on the basis of race, national or ethnic origin, gender, age or disability in its admissions policies or access to its educational, and extracurricular programs and activities.

1600 Boca Chica Blvd. Brownsville, TX 78520    [www.fbscrusaders.net](http://www.fbscrusaders.net)    Phone: (956) 542-4854    FAX: (956) 542-6188