

FEED MY LAMBS CHRISTIAN ACADEMY

FORMA DE REGISTRACION

Fecha: _____

Nombre Completo del niño(a): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo (m/f)

Nombre del Padre: _____ Nombre de la Madre: _____

El nombre y la relación de persona que el niño vive: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número Teléfono: (casa) _____ (Celular) _____

Nombre de la escuela que asistió anteriormente _____

Nombre de la escuela que está aplicando: _____

Estoy por la presente solicitud matriculando a mi niño(a) en Feed My Lambs Academias Cristianas. Entiendo que esta es una escuela cristiana donde el nombre de Jesucristo será exaltado y que mi niño(a) será enseñado en un ambiente centrado en Cristo. Aún más, consiento que mi niño puede ser fotografiado durante el año escolar y para las fotografías pueden ser utilizadas en cualquier publicación de Feed My Lambs.

Firma del padre o guardián legal

Fecha

Feed My Lambs, Inc. admite estudiantes de cualquier raza, el color, el origen nacional y étnico, a todos los derechos, privilegios, programas, y las actividades concedieron generalmente o las cuales son disponible a estudiantes en las escuelas. No discrimina por raza, el color, el origen nacional ni étnico en la administración de ello es las políticas educativos ni otra escuela los programas administrados.

FEED MY LAMBS CHRISTIAN ACADEMY

FORMA DE CONTACTO DE EMERGENCIA MEDICA Y LIBERACION DE RESPONSABILIDADES

Fecha: _____

Nombre Completo del Niño(a): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo (m/f)

Altura _____ Peso _____

Registro de Salud:

La salud actual del niño(a) es: _____ Excelente _____ Buena _____ Pobre

Por favor explique si hay algún impedimento físico o discapacidad:

Esta allí alguna evidencia de:

_____ Perdida o dificultad en oír

_____ Dificultades de la visión

_____ Incapacidades del habla

¿Alergias? _____

¿El niño(a) esta tomando algún medicamento? _____

Por favor verifique la siguiente historia medica se su niño(a)

_____ Sarampión _____ Paperas _____ Varicela _____ Tos Crónica _____ Convulsiones

¿El niño(a) es libre de enfermedades transmitirles? _____ Si _____ No

Si no lo es, por favor explique: _____

¿Todas las vacunas están al día? _____ (Por favor traiga una copia del registro de vacunas del doctor)

Por favor liste alguna enfermedad mayor que por la cual el niño(a) ha recibido tratamiento durante los últimos tres años: _____

Contacto de Emergencia:

En algún caso de emergencia, notifique a:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: (Casa) _____ (Celular) _____

En caso de emergencia, a cual hospital desearía que su niño(a) fuera llevado?

Aseguranza Medica o número de Medicaid _____

Nombre del miembro: _____ Número de Póliza: _____

Yo por la presente formo libero a Feed My Lambs, su personal y sus patrocinadores de la responsabilidad y la obligación de cualquier herida, accidente o enfermedad que mi niño(a) puede contraer mientras en la escuela o cualquier actividad relacionada de la escuela. En caso de una emergencia, yo por la presente formo autorizo a los administradores de la escuela, como un agente para mí, para consentir a cualquier radiografía, examen, el diagnóstico médico, dental o quirúrgico, el cuidado del tratamiento y el hospital aconsejado y supervisado por un médico, por el cirujano, o por el dentista (como sea apropiado). Espero ser contactado tan pronto sea posible. Yo por el presente formulario libero y autorizo como esta escrito arriba.

Firma del padre o guardián legal

Fecha

FEED MY LAMBS CHRISTIAN ACADEMY

FORMA DE LIBERACIÓN DEL NIÑO

Fecha: _____

Nombre Completo del Niño(a): _____

Nuestra póliza en Feed My Lambs Academia Cristiana es de liberar a nuestros estudiantes después de la escuela en las manos de cualquier padre y/o el guardián legal de niño como identificado en el formulario de inscripción de la escuela del niño. Documente por favor debajo de cualquier excepción a esta póliza como con respecto a su niño.

Las personas siguientes son dadas mi permiso a recoger a mi niño de la escuela. Entiendo que ellos pueden ser pedidos mostrar identificación antes que ellos son permitidos tomar a mi niño del local de la escuela para asegurar la seguridad de mi niño.

Nombre	Tipo de I.D. (Licencia de Conducir o Tarjeta de Seguro Social)	Numero de I.D.

Las personas siguientes nunca son permitidas recoger mi niño de la escuela.

Nombre	Tipo de I.D. (Licencia de Conducir o Tarjeta de Seguro Social)	Numero de I.D.

Firma del padre o guardián legal

Fecha



MEDICA

Child's Nombre	Número de teléfono	Child's Dentista/Numero de teléfono
Child;s Medico	Cobertura Médica Numero de Póliza	Numero de grupo demás asegurados
Primaria Información	Otro	

Contactos de emergencia:

Nombre	Trabajo	Celular
--------	---------	---------

Nombre	Trabajo	Celular
--------	---------	---------

Nombre	Trabajo	Celular
--------	---------	---------

Si la lista de todas las alergias a médicos, medicamentos que toma regularmente y cualquier otra información médica.

Yo (nosotros) entiendo que, en caso de requerirse tratamiento médico, todos los esfuerzos razonables se harán en contacto conmigo. Si no se puede llegar, yo doy mi permiso para: Feed My Lambs, Inc. Para obtener tratamiento médico de emergencia para mi hijo. Si no puede llegar, yo doy mi permiso al personal o patrocinar para garantizar los servicios de un medico con licencia para brindar la atención necesaria, incluyendo la anestesia para mi bienestar del niño.

Yo (nosotros), el abajo firmante, por la presente certifico que la información anterior es correcta y lo hago por este médico libero y para siempre cumplir con todas sus patrocinadores o de personal de todas las reclamaciones des pasado, presente o futura que surja de cualquier daño o lesión mientras este empleado por o participar en cualquier evento.

Firma del padre o guardián legal

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA EL USO LOS MATERIALES / FOTOGRAFÍAS

Por la presente autorizo: Feed My Lambs, Inc. para usar, reproducir, y / o publicar todos los escritos y / o materiales audiovisuales, con fotografías de los _____ . Entiendo que este material puede ser utilizado en de diversas publicaciones, comunicados de los asuntos públicos, las materias de contratación, o para otros esfuerzos relacionados. Este material también puede aparecer en Feed My Lambs de Internet Página Web. Esta autorización es permanente y sólo puede ser retirado por mi rescisión específica de esta autorización. En consecuencia, Feed My Lambs pueden publicar materiales, utilizar el nombre de mi hijo, la fotografía, y / o hacer referencia a mí en cualquier manera que considere: Feed My Lambs apropiadas a fin de fomentar y difundir las oportunidades de servicio.

Firma del Padre o Tutor

Fecha



Financial Reference

Our goal at Feed My Lambs is to assist families with an income at the poverty level or lower per year. Please complete the following information below.

Please select the location where you and your family reside:

<input type="checkbox"/> Canton <input type="checkbox"/> Marietta <input type="checkbox"/> Austell <input type="checkbox"/> City of Refuge

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

*Please attach a copy of a bill to verify proof of address (utilities, car payment, insurance, child care bills, etc)

Copy of Address provided? Yes _____ No _____

Please check your current marital status:

- Married
- Single
- Divorced
- Widower

Please look at the chart below and determine which row your household falls in. Please initial in the provided box on the row your household falls in.

# of persons in your immediate family living in current household including self	Annual household income	Income per month	Please initial here on the row that your household falls in	Director Initials
2 PERSONS	\$14,710	\$1,225		
3 PERSONS	\$18,530	\$1,544		
4 PERSONS	\$22,350	\$1,862		
5 PERSONS	\$26,170	\$2,180		
6 PERSONS	\$29,990	\$2,499		
7 PERSONS OR MORE	\$33,810 ADD \$3,820 PER ADDITIONAL PERSON IF MORE THAN 7 PERSONS	\$2,817		

* Please attach proof of income for your household (both spouses if married)- pay stubs for at least a month, child support payments, alimony payments, etc. If you are unable to make a copy please show the Director your original copy of verification.

I hereby declare that all information provided above is true and accurate.

Parent Signature _____ Date _____

Director Signature _____ Date _____

The following chart was based off the Department of Health and Human Services website at <http://aspe.hhs.gov/poverty/11fedreg.pdf>. It is based on the United States poverty guidelines determining financial eligibility for certain federal programs. It is also similar to the Georgia Department of Community Health's fiscal eligibility for Medicaid at www.georgia.gov/00/channel_title/0.2094.31446711_31945377.00.html



Emergency Verification

I _____ give permission for Feed My Lambs to call 911 in case of a medical emergency with my child _____. I understand that in case of an emergency, 911 will be called first, and then the parent/legal guardian will be contacted immediately after. Please initial here _____

Please attach a copy of your child's medical insurance card.

Submitted copy of my child's medical insurance: Yes _____ No _____ Parent/Legal Guardian Initials: _____

My child has medical insurance: Yes _____ No _____ Parent/Legal Guardian Initials: _____

*Please **DO NOT** sign until Notary is present.

Parent Signature _____ Date: _____

Notary: _____ Date: _____