

# 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 forma 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 forma 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. Documento 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

## Referencia Financiera

Nuestro objetivo en Feed My Lambs es asistir a las familias de bajos ingresos economicos. Por favor complete la siguiente informacion.

Por favor seleccione donde usted y su familia residen:

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

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

\*Por favor adjunte una copia de un recibo que verifique su direccion (luz, agua, gas, seguro, etc)

Copia de recibo con la direccion recibida? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Por favor marque su estado civil:

- Casada
- Soltera
- Divorciada
- Viuda

Por favor revise el siguiente cuadro y escriba su iniciales en la linea correspondiente.

# numero de personas que viven en su casa, incluyendolo a usted	Ingreso Anual	Ingreso Mensual	Sus iniciales en la fila correspondiente	Iniciales del Director
2 PERSONAS	\$14,710	\$1, 225		
3 PERSONAS	\$18,530	\$1,544		
4 PERSONAS	\$22,350	\$1,862		
5 PERSONAS	\$26,170	\$2,180		
6 PERSONAS	\$29,990	\$2,499		
7 PERSONAS O MAS	\$33,810 AGREGUE \$3,820 POR PERSONA SI SON MAS DE 7	\$2,817		

\* Por favor adjunte una copia del ingreso de su casa (si los dos esposos trabajan) copia de recibos de pagos de por lo menos un mes. Si no puede hacer las copias, muestrele al director los originals para vefiricacion.

Yo declaro que toda la informacion anterior es verdadera y precisa..

Parent Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Director Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

La tabla de ingresos fue basada en el Departamento de Salud y Servicios de Recursos Humanos <http://aspe.hhs.gov/poverty/11fedreg.pdf>. Es basada en los niveles de pobreza de los Estados Unidos para determinar elegibilidad financier para algunos Programas Federales. Siendo similar al Departamento de Salud Comunitaria de Georgia para elegibilidad de Medicaid [www.georgia.gov/00/channel\\_title/0\\_2094\\_31446711\\_31945377\\_00.html](http://www.georgia.gov/00/channel_title/0_2094_31446711_31945377_00.html)



## Verificacion De Emergencia

Yo \_\_\_\_\_ doy permiso a Feed My Lambs de llamar al 911 en caso de una emergencia medica de mi hijo \_\_\_\_\_. Yo entiendo que en un caso de emergencia, 911 debera ser llamado y despues los padres o Guardianes Legales seran contactados inmediatamente despues. Por favor escriba sus iniciales aqui \_\_\_\_\_

***Por favor adjunte una copia de la tarjeta Del Seguro Medico de su hijo.***

Copia del Seguro Medico recibida: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Iniciales del Padre/Guardian Legal: \_\_\_\_\_

Mi hijo tiene Seguro Medico: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Iniciales del Padre/Guardian Legal: \_\_\_\_\_

\*Por favor **NO FIRME** hasta que un Notario este presente.

Firma del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Notario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_