

# City Baptist School

## Student Application

### Applicant Information

<b>Name:</b>		Applying for grade:	Today's date:
Date of birth:	SSN:	Student Cell phone:	
Address:			
City:		State:	ZIP code:
Salvation date:	Bus captain:		Bus route:
Sunday school teacher:		Years attending FBC:	

### Parent Information

<b>Mother's name:</b>		Cell phone:
Work phone:	Email address:	
Address (if different from student's):		
<b>Father's name:</b>		Cell phone:
Work phone:	Email address:	
Address (if different from student's):		
Student lives with ( <i>please check one</i> ): <input type="checkbox"/> Both parents <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Other ( <i>list name and relation of that person</i> ): _____		

### Emergency Contact Information (if parent cannot be reached)

Name of person not residing with you ( <i>contact 1</i> ):	
Relationship to student:	Phone number:
Name of person not residing with you ( <i>contact 2</i> ):	
Relationship to student:	Phone number:
Family doctor:	Doctor's phone number:
Name of insurance company:	Policy/Group number:

### Emergency Treatment and Activity Permission

I/we hereby give permission to the authorities of City Baptist Schools' system to take said student on field trips, athletic trips, or any other supervised school activity.

In the event of injury, I/We agree to hold harmless (which means to not assign blame or legal responsibility) City Baptist Schools and the First Baptist Church of Hammond and its ministries, its officers, directors, and employees from and against all liability, claims, or demands for personal injury on school property and during school activities.

x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_  
 Signature of Parent/Legal Guardian Date

### Medical History (please indicate *none* if that is the answer)

Can and is your child allowed to take the following medicine at school? **Please circle yes or no.**  
*Antacid tablets: yes/no Regular aspirin: yes/no Acetaminophen (non-aspirin): yes/no*

Allergies, if any, including medications:

Tetanus (date of last booster):	Medications your child is now taking:
---------------------------------	---------------------------------------

Chronic or existing diseases or medical problems (diabetes, epilepsy, asthma, etc.):

**Note: All other medication that the student may need during school hours must be brought to the school office with doctor's instructions (prescription) or parent's instructions (non-prescription). The student may not self-administer the doses; only authorized personnel may supervise this.**

# City Baptist School

## Aplicación para estudiante

### Información de Estudiante

<b>Nombre:</b>		Grado:	Día de hoy:
Fecha de Nacimiento:		Seguro Social:	
Dirección:		Teléfono celular de estudiante:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Día de salvación:	Capitán de ruta:	Ruta de Autobús:	
Maestro De escuela dominical:		Años asistiendo FBC:	

### Información de Padres

<b>Nombre de Madre:</b>		Teléfono celular:
Teléfono de trabajo:	Dirección de correo electrónico:	
Dirección (si es diferente que el estudiante):		
<b>Nombre de Padre:</b>		Teléfono celular:
Teléfono de trabajo:	Dirección de correo electrónico:	
Dirección (si es diferente que el estudiante):		
Estudiante vive con ( <i>Marque uno</i> ): <input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otra Persona ( Nombre y relación):		

### Información de Emergencia (si el padre no se puede alcanzar)

Nombre de persona que no vive con usted ( <i>persona de contacto 1</i> ):	
Relación con el estudiante:	Numero de Teléfono:
Nombre de persona que no vive con usted ( <i>persona de contacto 2</i> ):	
Relación con el estudiante:	Numero de Teléfono:
Doctor de Familia:	Numero de Teléfono del Doctor:
Nombre de la compañía de seguros:	Número de póliza/grupo:

### Tratamiento de Emergencia y Permiso de Actividad

yo / nosotros doy permiso a las autoridades del sistema City Baptist Schools' para tomar dicho estudiante en excursiones, viajes deportivos, o cualquier otra actividad escolar supervisada.

En caso de lesión, yo/nosotros aceptamos eximir de responsabilidad (lo que significa no asignar culpa o responsabilidad legal) a City Baptist Schools y la Primera Iglesia Bautista de Hammond y sus ministerios, sus funcionarios y empleados de y contra toda responsabilidad, reclamo o demanda por lesiones personales en la propiedad escolar y durante actividades escolares.

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
 (Firma del Padre o Guardián) (Fecha)

### Historia Médica (Por favor indique *ninguna* si esa es la respuesta)

Puede su hijo tomar la siguiente medicina? **Por favor circule si o no.**  
*Tabletas Antiácidas: si/no Aspirina regular: si/no Acetaminofen (no-aspirina): si/no*

Alergias, si hay alguna, incluyendo medicinas:

Tétano (fecha de ultima vacuna):	Medicina que está tomando:
----------------------------------	----------------------------

Enfermedades crónicas o problemas médicos (diabetes, epilepsia, asma, etc.):

**Note:** Cualquier medicamento que el estudiante pueda necesitar durante la escuela debe llevarse a la oficina con instrucciones del doctor (recetada) o instrucciones de los padres (no recetada). El estudiante no puede administrar la medicina por sí mismo; solo personal autorizado puede supervisarlo.

