



4101 SW 61st Avenue * Davie FL 33314
 Tel: 954-583-4718 / Fax: 954-581-0569
 Www.tabernaclechristiancenter.org
 Email: tchristiancenterministries@gmail.com

Información del Estudiante

Nombre: _____
 (Apellido) (Primer) (Segundo)
 Dirección: _____
 Ciudad / Estado: _____
 Teléfono: _____
 Edad: ____ Género: ____ Fecha de Nacimiento: _____
 Lugar de Nacimiento: _____
 Última Escuela que Asistió: _____
 Dirección: _____

Información de la Familia

Nombre del Padre: _____
 Empleo: _____
 Posición: _____ Tel: _____
 Nombre de la Madre: _____
 Empleo: _____
 Posición: _____ Tel: _____
 Emergencia Contac: _____
 (Nombre) (teléfono)

Información Religiosa

Asistir a la Iglesia: _____
 Nombre del Pastor: _____
 Dirección: _____
 Padre: Cristiano? __Sí __No Madre: Cristiano? __Sí __No
 Estudiante ha aceptar a Jesucristo como su Salvador? __Sí __No

Información Médica

Doctor Familiar: _____
 Teléfono: _____
 Tiene el Estudiante Alguna Alergia? __Sí __No
 En caso afirmativo, explique: _____
 Es Estudiante Tomando Medicamentos? __Sí __No
 Si es así, la lista de medicamentos: _____
 Adjunte física escolar y los registros de vacunación.

Información Académica

Ha sido el estudiante alguna vez expulsado, despedido, suspendido o negado la admisión a otra escuela? __Sí __No
 En caso afirmativo, explique: _____
 Ha tenido el estudiante alguna dificultad disciplinaria en la escuela? __Sí __No
 En caso afirmativo, explique: _____
 Por favor, indique el nivel académico de estudiante el trabajo previo:
 __Excelente __Buen __Promedio __Pobre
 Ha estudiante ha logrado una materia académica en la escuela? __Sí __No
 En caso afirmativo, explique: _____

Información General

Cómo se enteró de esta escuela? _____
 Motivo de la selección de esta escuela?: _____

- La aplicación debe ser llenada completamente antes de procesar.
- Aplicación, registro y prueba Tasas de \$ _____ deben acompañar la solicitud y no son reembolsables.



4101 SW 61st Avenue * Davie FL 33314
 Tel: 954-583-4718 / Fax: 954-581-0569
 Www.tabernaclechristiancenter.org
 Email: tchristiancenterministries@gmail.com

STUDENT INFORMATION

Name: _____
(Last) (First) (Middle)

Address: _____

City / State: _____

Telephone: _____

Age: ____ Gender: ____ Birth Date: _____ Birth Place _____

School Last Attended: _____

Address: _____

Last Grade Completed: _____

FAMILY INFORMATION

Father's Name: _____

Employment: _____

Position: _____ Tel: _____

Mother's Name: _____

Employment: _____

Position: _____ Tel: _____

Emergency Contact: _____
(Name) (Telephone)

Marital Status: Married Divorced Widow Separated

RELIGIOUS INFORMATION

Church Attending: _____

Name of Pastor: _____

Address: _____

Father: Christian? Yes No Mother: Christian? Yes No

Has applicant ever made a profession of faith in Christ? Yes No

MEDICAL INFORMATION

Family Physician: _____

Telephone: _____

Does student have any known allergies? Yes No

If yes, explain: _____

Is student taking prescribed medication? Yes No

If yes, list medication (s): _____

Please attach school physical and immunization records.

SCHOLASTIC INFORMATION

Has student ever been expelled, dismissed, suspended, or refused admission to another school? Yes No

If yes, explain: _____

Has student ever had disciplinary difficulty at school? Yes No

If yes, explain: _____

Please indicate academic level of student's previous work:
 Excellent Good Average Poor

Has student ever failed an academic subject in school? Yes No

If yes, explain: _____

GENERAL INFORMATION

How did you hear about this school? _____

Reason for selecting this school: _____

- Application must be filled out completely before processing.
- Application, Registration, and Testing Fees of \$ _____ must accompany application and are not refundable.