



## Knoxville Adventist School Application

3615 Kingston Pike, Knoxville, TN 37919  
 Telephone: (865) 522-9929, Fax: (865) 522-8263  
 Email: knoxvilleadventistschool@gmail.com  
 Website: knoxvilleadventistschool.org

Nombre legal \_\_\_\_\_ Sex: F M  
 Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_  
 Fecha naciendo \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
 Mes / Dia / Año Ciudad Estado  
 Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_  
 Calle Ciudad Estado Código

Información Familiar	Padre/Apoderado	Madre/Apoderado
Nombre completo		
Marque uno	Natural Hijastro/a Adoptado/a Foster	Natural hijastro/a Adoptado/a Foster
Dirección		
Teléfono de casa		
# Celular (maque si recibe mensaje)	Sí* <input type="checkbox"/> #	Sí* <input type="checkbox"/> #
Correo electrónico		
Ocupación		
Diploma		
Empleador		
Teléfono del trabajo		
Fecha de nacimiento		
Lugar de nacimiento		
Ciudadano Americano	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otro:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otro:
Miembro de la Iglesia Adventista	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otro:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otro:
Estado Civil	Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro:	Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro:

Otras personas que viven con la Familia (no incluye hermanos/as)

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco con el niño: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco con el niño: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco con el niño: \_\_\_\_\_

\*Si marcó **sí**, esta optando por recibir mensajes de texto que contendrán información importante acerca de KAS

Iglesia a la que el niño asiste:

Denominación : \_\_\_\_\_

Información de Bautismo del niño/a:

Lugar: \_\_\_\_\_

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

Edad: \_\_\_\_\_

Menores en la familia, listados en orden de nacimiento incluyendo el aplicante:

Nombres	Viven en el hogar	Sexo	Fecha nacimiento

**Para completar la aplicación de vuelta la página**

Persona a la cual notificar en caso de emergencia: (otra que no sean los padres): Contacto #1 \_\_\_\_\_

Teléfono # \_\_\_\_\_

Contacto #2 \_\_\_\_\_

Teléfono# \_\_\_\_\_

Nombre de su Doctor y número de teléfono para llamar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Ha sido el alumno suspendido o expulsado de alguna escuela? \_\_\_\_\_ Si su respuesta es Sí, y necesita más espacio adjunte otra hoja con la explicación \_\_\_\_\_

Licencia de grado 8 Fecha: \_\_\_\_\_ Certificado de grado 8 Fecha: \_\_\_\_\_

Entendemos los requerimientos y regulaciones de la escuela y comprometemos nuestra completa cooperación.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Alumno

Padre o Tutor