

**2022-2023 Parroquia de Santa María**  
**Formulario de registro de formación en la fe**

Apellido del padre: \_\_\_\_\_ ☐ Diferente del apellido del niño(s)  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: (    ) \_\_\_\_\_  
Estado civil de los padres: ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Soltero ☐ Soltero ☐ Viudo  
Los niños viven con: ☐ Ambos padres ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro (especificar) \_\_\_\_\_  
Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
Teléfono celular: (    ) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
Teléfono celular: (    ) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Cuotas de inscripción:**

El pago vence al registrarse. Si necesita hacer pagos o hacer arreglos para una beca, háganoslo saber. Estaremos encantados de trabajar contigo. *¡A ningún niño se le negará la catequesis por no poder pagar la matrícula!*

Tarifas: Primer hijo	\$30 por estudiante
Segundo y tercer hijo	\$25 por estudiante
Cuatro o más niños	\$100 por familia
Hijo (s) del catequista	Sin cargo
Estudiante de St. Mary School	Sin cargo

*\* Si su hijo se va a preparar para recibir uno o más de los sacramentos más allá del bautismo y no fue bautizado o no recibió la Primera Comunión aquí en la Iglesia de Santa María de la Inmaculada Concepción en Niles, Michigan, DEBE proporcionarnos una copia. De su certificado de bautismo.*

**PUBLICACIÓN FOTOGRÁFICA**

Por la presente otorgo permiso a la Parroquia St. Mary para publicar el nombre, foto o imagen de video de mi hijo (s) en relación con una exhibición, reportaje u otra publicación que la Parroquia considere apropiada. Esta foto puede usarse en conexión con un tablón de anuncios parroquial, página web parroquial, página de Facebook parroquial o materiales publicitarios.

Otorgado por: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_  
(Padre o guardián)

**AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO**

Como padre / tutor, por la presente autorizo a un médico calificado y con licencia para tratar cualquier condición que, en opinión del médico, se considere necesaria y apropiada. Esta autoridad se otorga solo después de que se haya hecho un esfuerzo razonable para contactarme.

Nombre (s) de los menores \_\_\_\_\_

Relación contigo \_\_\_\_\_

Médico de familia \_\_\_\_\_ Teléfono (    ) \_\_\_\_\_

Dirección del médico \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Datos del seguro médico:

Política de la compañía \_\_\_\_\_

Grupo \_\_\_\_\_ Contrato \_\_\_\_\_

Además, autorizo a la persona que presenta al menor a firmar el Acuse de recibo del Aviso de derechos de privacidad que puede presentar el médico o el centro de atención médica.

Esta Autorización se completa y firma por mi propia voluntad con el único propósito de autorizar el tratamiento médico que el médico tratante considere necesario y apropiado.

Fecha \_\_\_\_\_ Firmado \_\_\_\_\_

(Padre o guardián)

**SOBRE**

**Estudiante # 1**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Hombre / Mujer (Marque uno) ¿Está bautizado? ☐ Sí ☐ No Fecha: \_\_\_\_\_  
Iglesia: \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado: \_\_\_\_\_  
¿Ha recibido la Primera Reconciliación? ☐ Sí ☐ No  
¿Ha recibido la Primera Comunión? ☐ Sí ☐ No Fecha: \_\_\_\_\_  
Iglesia: \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado: \_\_\_\_\_  
¿Ha recibido la Confirmación \*? ☐ Sí ☐ No Fecha: \_\_\_\_\_  
Iglesia: \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado: \_\_\_\_\_  
Escuela a la que asiste: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Dificultades de aprendizaje: \_\_\_\_\_  
Condiciones médicas: \_\_\_\_\_  
Alergias: \_\_\_\_\_  
Medicamentos: \_\_\_\_\_  
*Educación religiosa previa*  
Nombre del programa de educación religiosa o escuela católica: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Grados: \_\_\_\_\_

**Estudiante # 2**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Hombre / Mujer (Marque uno) ¿Está bautizado? ☐ Sí ☐ No Fecha: \_\_\_\_\_  
Iglesia: \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado: \_\_\_\_\_  
¿Ha recibido la Primera Reconciliación? ☐ Sí ☐ No  
¿Ha recibido la Primera Comunión? ☐ Sí ☐ No Fecha: \_\_\_\_\_  
Iglesia: \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado: \_\_\_\_\_  
¿Ha recibido la Confirmación \*? ☐ Sí ☐ No Fecha: \_\_\_\_\_  
Iglesia: \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado: \_\_\_\_\_  
Escuela a la que asiste: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Dificultades de aprendizaje: \_\_\_\_\_  
Condiciones médicas: \_\_\_\_\_  
Alergias: \_\_\_\_\_  
Medicamentos: \_\_\_\_\_  
*Educación religiosa previa*  
Nombre del programa de educación religiosa o escuela católica: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Grados: \_\_\_\_\_

**Estudiante # 3**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Hombre / Mujer (Marque uno) ¿Está bautizado? ☐ Sí ☐ No Fecha: \_\_\_\_\_  
Iglesia: \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado: \_\_\_\_\_  
¿Ha recibido la Primera Reconciliación? ☐ Sí ☐ No  
¿Ha recibido la Primera Comunión? ☐ Sí ☐ No Fecha: \_\_\_\_\_  
Iglesia: \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado: \_\_\_\_\_  
¿Ha recibido la Confirmación \*? ☐ Sí ☐ No Fecha: \_\_\_\_\_  
Iglesia: \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado: \_\_\_\_\_  
Escuela a la que asiste: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Dificultades de aprendizaje: \_\_\_\_\_  
Condiciones médicas: \_\_\_\_\_  
Alergias: \_\_\_\_\_  
Medicamentos: \_\_\_\_\_  
*Educación religiosa previa*  
Nombre del programa de educación religiosa o escuela católica: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Grados: \_\_\_\_\_

\* Si tiene más de tres estudiantes para inscribirse, adjunte una hoja separada con la información solicitada \*

