

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 Soltera 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 *

