

## IMPORTANTE

### "DESCUENTO" CUOTA de INSCRIPCIÓN 14 de julio - 1 de agosto

Formación de fe: \$60.00 / niño  
1ª Comunión (año 2): \$80.00 / niño

### FECHAS de INSCRIPCIÓN 4 de agosto - 5 de septiembre CUOTAS de INSCRIPCIÓN

1er niño: \$80.00/niño  
2do niño y subsiguiente: \$70.00/ niño  
1ª Comunión (año 2): \$110/niño

### REGISTRO TARDE Empezando 8 de Septiembre

**CUOTAS de INSCRIPCIÓN**  
1er niño: \$90.00/niño  
2do niño y subsiguiente: \$80.00/niño  
1ª Comunión (año 2): \$120/niño

Escriba el cheque a nombre de:  
**EPIPHANY CHURCH**  
*La cuota de inscripción no es reembolsable*

#### LISTA de REQUISITOS

Forma de Registración  
Cuota de Inscripción  
Permiso de los Papas  
Autorización Sanitaria

☐ Debe adjuntarse copia del certificado de Bautismo

#### NOTAS PARA LA OFICINA SOLAMENTE

FECHA RECIBIDA: \_\_\_\_\_  
Número de recibo: \_\_\_\_\_



## IGLESIA de la EPIFANIA

ESCUELA de RELIGION de la EPIFANIA  
827 Vienna St., San Francisco, CA 94112  
(415) 333-7630, Ext. 113

### FORMULARIO de INSCRIPCIÓN (Estudiantes de 1er a 6to Grado)

Aplicación para el año escolar: \_\_\_\_\_ Nivel de grado este otoño: \_\_\_\_\_

Indique que aplica: **ESTUDIANTE NUEVO** **ESTUDIANTE DE REGRESO**  
Preparación para 1ª Comunión (año 1) Candidato para 1ª Comunión (año 2)

#### INFORMACION del ESTUDIANTE

| APELLIDO |      |                     | PRIMER NOMBRE       |  |
|----------|------|---------------------|---------------------|--|
| GENERO   | EDAD | FECHA de NACIMIENTO | LUGAR de NACIMIENTO |  |

DIRECCION del ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

| SACRAMENTOS RECIBIDOS |    |    |                            |  |
|-----------------------|----|----|----------------------------|--|
| Por favor chequear    | SI | NO | ¿Idiomas que se hablan?    |  |
| BAUTISMO              |    |    | ¿Participación parroquial? |  |
| RECONCILIACION        |    |    |                            |  |
| 1er COMUNION          |    |    |                            |  |
| CONFIRMACION          |    |    | ¿Inscrito en qué escuela?  |  |

#### INFORMACION de los PADRES

NOMBRE COMPLETO del PAPA: \_\_\_\_\_

Religion: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Movil: \_\_\_\_\_ Numero de Casa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO la MAMA: \_\_\_\_\_

Religion: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Movil: \_\_\_\_\_ Numero de Casa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

| ESTADO CIVIL          | Cheque que aplica | Hijo/Hija vive con | Cheque que aplica |
|-----------------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| Casado/Casada         |                   | Padre y Madre      |                   |
| Separado/Separada     |                   | Padre              |                   |
| Divorciado/Divorciada |                   | Madre              |                   |
| Viudo / Viuda         |                   | Abuelo / Abuela    |                   |
| Padre/Madre Soltero/a |                   | Otros              |                   |

#### EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre, relación e información de contacto: \_\_\_\_\_

**Iglesia de la Epifanía  
Escuela de Religión  
Programa de formación de fe – primera comunión  
Información y direcciones de la solicitud para estudiantes**

- Por favor escribir en forma legible y clara.
- Llenar solicitud por completo. No omita ninguna información necesaria.
- Presentar un número de teléfono móvil en servicio con el fin de recibir mensajes de texto relacionados con el programa.
- Presentar un dirección de correo electrónico activa para recibir correos electrónicos relacionados con el programa. Las comunicaciones relacionadas con el programa se realizarán principalmente a través de mensajes de texto por FlockNote. **Es su responsabilidad informar a la oficina parroquial sobre cualquier cambio de número de teléfono móvil.**

***Programas de formación de fe – primera comunión***

***Programa comienza en 1° hasta 6° grado. Primera Comunión es un programa de 2 años***

- **INCLUYA CON LA SOLICITUD COMPLETA UNA COPIA DEL CERTIFICADO DE BAUTISMO DEL ESTUDIANTE**

Para que la inscripción sea exitosa, la solicitud debe estar completamente llena, la autorización médica debe estar firmada, se debe adjuntar una copia del certificado sacramental y el pago de inscripción debe pagarse en su totalidad. Para garantizar esto, las solicitudes deben enviarse en persona en la oficina parroquial. Si deja o envía por correo, asegúrese de que todo lo mencionado anteriormente esté completo porque **la solicitud no se procesará si está incompleta.**

**Expectativas mínimas:**

- Asiste a todas las clases los sábados por la mañana
- Solo se permiten cuatro ausencias injustificadas
- Dos tardanzas a clases equivalen a una ausencia injustificada
- Debe completar todas las tareas dadas por los catequistas

**Si alguno de estos requisitos mínimos no se cumple, el estudiante no completará el año actual del programa y se invitará a los padres a inscribir a su hijo para el próximo año.**

**Cláusula elástica:** El Director de Educación Religiosa se reserva el derecho de enmendar, suspender o agregar nuevas reglas o pautas a las políticas antes mencionadas en consulta con el Pastor. Además, el Director se reserva el derecho de hacer cumplir los estándares de conducta y comportamiento no mencionados en las políticas anteriores.

  
Padre Eugene Tungol  
Párroco

  
Sr. Phillip Carrion  
Director de Educación Religiosa

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/guardián afirmando las expectativas mencionadas anteriormente

Archdiocese of San Francisco  
Epiphany School of Religion

**Parents Permission & Health Authorization Form**

---

I/We, the parent(s), guardians(s) of the named child(ren) on the front page of this document hereby give my/our permission to her/his participation in any and all Religious Education activities. I/we agree to direct my/our child(ren) to cooperate and conform with directions and instructions of Religious Education personnel responsible for Religious Education activities.

I/We agree that in the event my/our child(ren) is injured as a result of her/his participation in Religious Education activities, including transportation to and from these activities, whether or not caused by the negligence of the parish/school Religious Education program or any of its agents or employees, recourse for the payment of any resulting hospital, medical or related costs and expenses will first be had against any accident, hospital or medical insurance, or any available benefit of mine/ours.

In the event I/we cannot be reached in an emergency, I/we hereby give permission for the Director/Catechist/Adult Leader to authorize by her/his signature whatever medical treatment may be considered necessary by the attending physician for my/our child(ren).

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**The following must be completed by parent or guardian.**

Family Physician \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ City & Zip \_\_\_\_\_

Medical Plan \_\_\_\_\_ Plan Number \_\_\_\_\_

**If you do not want medical care given to your child(ren), please state your reasons:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Does your child(ren) have or is subject to (check if yes):

☐ Asthma   ☐ Fainting Spells   ☐ Convulsions   ☐ Diabetes   ☐ Heart Trouble

Allergy or reaction to ANY medication – List \_\_\_\_\_

Sports Restrictions – List \_\_\_\_\_

Other – Describe \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Have difficulty with (check if yes):

☐ Eyes, ears, nose, throat   ☐ Digestion   ☐ Lungs   ☐ Other \_\_\_\_\_

Any condition now requiring medication? YES   NO   If yes, please list name of medications \_\_\_\_\_

Any restriction of activity for medical reasons? YES   NO   If yes, explain: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_