



Church of the Epiphany

827 VIENNA STREET SAN FRANCISCO CA 94112
415-333-7630 EPIPHANYCHURCHSF@EPIPHANYSF.COM

Iglesia de la Epifanía - Escuela de Religión Programa de confirmación 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 una 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.**

Programa de confirmación

Programa de dos años que comienza en 7 ° grado hasta 11 ° grado)

- Incluya con la solicitud completa una copia del certificado de bautismo y primera comunión 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 domingos 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. John Mills
director de Educación Religiosa

Firma del padre/guardián afirmando las expectativas mencionadas anteriormente



Church of the Epiphany

827 VIENNA STREET SAN FRANCISCO CA 94112
415-333-7630 EPIPHANYCHURCHSF@EPIPHANYSF.COM

EDUCACIÓN RELIGIOSA – PROGRAMA DE FORMACIÓN EN LA FE

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

- PRIMERA COMUNIÓN - AÑO 1 (1.º GRADO EN ADELANTE)
- CONFIRMACIÓN - AÑO 2 (7º GRADO EN ADELANTE)
- OCI NIÑOS (DE 7 A 15 AÑOS NO BAUTIZADOS)

- PRIMERA COMUNIÓN - (AÑO 2)
- CONFIRMACIÓN (2.º año)
- FORMACIÓN EN LA FE (APRENDIZAJE CONTINUO)

AÑO ESCOLAR: _____

NIVEL DE GRADO ESTE OTOÑO: _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

APELLIDO			NOMBRE DE PILA		
GÉNERO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO		

SACRAMENTOS RECIBIDOS			
POR FAVOR, COMPRUEBE	SÍ	NO	¿EN QUÉ ESCUELA ESTÁ MATRICULADO?
BAUTISMO			IDIOMA/S HABLADOS
RECONCILIACIÓN			PARTICIPACIÓN PARROQUIAL
SAGRADA COMUNIÓN			¿El niño participó en este programa el año pasado <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
CONFIRMACIÓN			

INFORMACIÓN PARA PADRES

Nombre completo de la madre: _____ Religión: _____

DIRECCIÓN: _____

Móvil: _____ Hogar: _____

Correo electrónico: _____

Nombre completo del padre: _____ Religión: _____

DIRECCIÓN: _____

Móvil: _____ Hogar: _____

Correo electrónico: _____

EN CASO DE EMERGENCIA, CONTACTAR CON

Nombre: _____

Móvil: _____

Estado civil de los padres	✓ que se aplica	El niño vive con	✓ que se aplica
Casado		Padre y madre	
Apartado		Padre	
Divorciado		Madre	
Viudo		Abuelo	
Padre/Madre soltero/a		Otro	

* Si el niño vive con uno de sus padres (soltero, separado o divorciado), debe tener permiso por escrito del otro padre para recibir los sacramentos o prueba de custodia.

FOR OFFICE USE

- REGISTRATION FORM
 - REGISTRATION FEE _____
 - HEALTH AUTHORIZATION FORM
 - PARENT EXPECTATIONS FORM
- ADDITIONAL REQUIREMENTS**
- BAPTISM CERTIFICATE
 - 1ST COMMUNION CERTIFICATE
 - SPONSOR FORM (CONFIRMATION)

*MAKE CHECKS PAYBLE TO **EPIPHANY CHURCH**
(REGISTRATION FEE IS NON-REFUNDABLE)

DATE RECEIVED: _____ RECEIPT NUMBER: _____

IMPORTANT

INSCRIPCIÓN ANTICIPADA: 22 de junio – 3 de julio

COMUNION / CONFIRMACION YEAR 1: \$ 70.00 / ESTUDIANTE
 COMUNION / CONFIRMACION YEAR 2: \$ 90.00 / ESTUDIANTE
 HERMANO/A ADICIONAL \$ 60.00 (Y1) / \$80.00 (Y2)

INSCRIPCIÓN REGULAR: 6 de julio – 21 de agosto

COMUNION / CONFIRMACION YEAR 1: \$ 80.00 / ESTUDIANTE
 COMUNION / CONFIRMACION YEAR 2: \$ 110.00 / ESTUDIANTE
 HERMANO/A ADICIONAL \$ 70.00 (Y1) / \$90.00 (Y2)

INSCRIPCIÓN TARDÍA: 24 de agosto – 4 de septiembre

COMUNION / CONFIRMACION YEAR 1: \$ 90.00 / ESTUDIANTE
 COMUNION / CONFIRMACION YEAR 2: \$ 120.00 / ESTUDIANTE
 HERMANO/A ADICIONAL \$ 80.00 (Y1) / \$ 100.00 (Y2)

La formación en la fe tiene un costo de \$60.00 por estudiante.

El programa OCIA para niños tiene un costo adicional de \$140 (esto incluye la clase de preparación para el Bautismo, dirigida a padres y padrinos).

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:

