

2019/2020 Registro para el Programa de Formación de Fe

Fecha de Registro: _____

Iglesia ID#: _____



APELLIDO FAMILIAR: _____

(Llenar a mano por favor)

Padres/Tutor (con quién vive el menor):

Padre: _____ Religión: _____ Teléfono de Oficina: () _____ Estado Civil: _____

Madre: _____ Apellido de Soltera: _____ Religión: _____ Teléfono de Oficina: () _____

Dirección: _____ CP: _____ Teléfono de Casa: () _____

CORREO ELECTRÓNICO*: _____ Teléfono Celular: () _____

(Requerido) (FAVOR DE ESCRIBIR CLARAMENTE) **El correo electrónico es el medio principal para comunicarnos con usted. Nosotros no daremos a conocer ni compartiremos su dirección de correo electrónico.*

Padres sin Residencia (Si es el caso):

Padre: _____ Religión: _____ Teléfono de Oficina: () _____ Estado Civil: _____

Dirección: _____ CP: _____ Teléfono de Casa: () _____

Favor de Escribir el Nombre de Todos los Niños que va a inscribir

Nombre del Niño y Apellido Paterno	M/F	Fecha de Nacimiento	Escuela	Grado/ Sep '19	Bautizado (S/N)	Ha recibido el menor su			Código de Sacramento	Código de Clase
						1ª Eucaristía (Comunión)	1ª Reconciliación (Confesión)	Confirmación		
					Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No		
					Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No		
					Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No		
					Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No		
					Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No		

¿Los niños han participado alguna vez en un programa de educación religioso? Sí / No

¿Dónde? (Nombre del Programa y Lugar) _____

Sólo para Uso Interno

Costo Clase: _____ Costo Sacramento: _____ Total: _____ Depósito: _____ Saldo: _____ Cheque#: _____ Efectivo

Beca Catequista \$: _____ Ayuda Financiera Solicitada: Cantidad Ayuda Financiera \$ _____

Diócesis de Oakland – Programa de Formación de Fe

Permiso de los Padres/Autorización de Salud - 2019/2020



Estudiante: _____ Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Estudiante: _____ Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Estudiante: _____ Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Estudiante: _____ Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Padres/Tutores: _____ Teléfono de Casa: _____

Dirección: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Otras personas autorizadas para ser notificadas y/o recoger a los niños en caso de emergencia:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Yo / Nosotros, los padres / tutores del niño arriba mencionado (s) presente doy nuestro permiso para su participación en todas y cada una de las actividades de formación de Fe / Ministerio Juvenil. Yo / Nosotros estamos de acuerdo para que guíen al o los niño(s) a cooperar / ajustarse con las indicaciones / instrucciones de Formación de Fe / del personal del Ministerio Juvenil responsables de la Formación de Fe / actividades del Ministerio Juvenil. Yo / Nosotros estamos de acuerdo que en el caso de que mi / nuestro hijo (s) se lesione como resultado de su participación en la Formación de Fe / actividades del Ministerio Juvenil, incluyendo el transporte desde / hacia estas actividades, ya sea o no causados por la negligencia del Programa de Formación de Fe Parroquial / Programa del Ministerio Juvenil o cualquiera de sus empleados, recurra al pago de cualquier costo o gastos resultado de una hospitalización o atención médica debido a cualquier accidente, hospital o seguro médico, o cualquier beneficio disponible mío / nuestro.

En el caso de una emergencia y que no podamos ser contactados, Yo/Nosotros autorizamos para que mi niño (s)/ maestro/líder autorice con su firma cualquier tratamiento médico que pueda ser necesario para atender a mi/nuestro hijo(s). Sí No

Firma (s) de Padres/Tutor: _____

Médico Familiar: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad& Código Postal: _____

Plan Médico: _____ Plan #: _____ Grupo: _____

Si usted no desea que sus hijos reciban atención médica por favor indique las razones: _____

Alguno de sus hijos tiene alguna necesidad especial (Problemas de Aprendizaje, Discapacidad Física, Condición Médica) Por favor indique: Sí No

Nombre del Niño (s): _____

Origen de la necesidad especial (ejemplo; Desorden de Déficit de Atención, Diabetes, Programa de Educación Individualizado en la escuela, alergias, problemas de audición o visuales): _____