

LA IGLESIA CATÓLICA DEL SAGRADO CORAZÓN
REGISTRO DE FORMACIÓN DE FE
2015-2016

¿Es su familia registrada en iglesia católica sagrado corazón? NO SÍ ENVOLTURA # _____

CASA DE LA FAMILIA ÚLTIMO

NUMERO DE TELEFONO

DIRECCIÓN

CELULAR

CIUDAD / ESTADO / ZIP

E-MAIL

LOS PADRES/TUTORES

PADRE

MADRE

NOMBRE: _____

NOMBRE (Primera & Soltera): _____

LUGAR DE TRABAJO: _____

LUGAR DE EMPLEO: _____

NEGOCIOS/CELULAR: _____

NEGOCIOS/CELULAR: _____

RELIGIÓN: _____

RELIGIÓN: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA LOCAL

NOMBRE: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____

TELÉFONO: _____

COMPañIA DEL SEGURO MÉDICO _____

PÓLIZA # _____

Si no puedo llegar y en caso de emergencia el portador de esta forma está autorizado a actuar en mi nombre a buscar tratamiento médico según lo estimen necesarios para los niño/niños enlistados en este registro.

Firma del padre/tutor

Fecha

Yo doy permiso para utilizar la imagen de mi hijo en publicaciones de la parroquia/diocesano o sitios web.

Firma del padre/tutor

Fecha

Nuestro programa de formación en la fe depende de voluntarios. Podemos utilizar su ayuda. Por favor comprueba tus áreas de interés.

____ Catequista ____ Catequista Asistente ____ Liturgia Infantil

CUOTAS DE INSCRIPCIÓN

El pago se espera en el momento de la inscripción.

Inscripción \$50.00 por familia si paga por 30 de agosto de 2015

Registro tardío \$60.00 por familiares después de 30 de agosto de 2015

Becas están disponibles

PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE

Fecha: _____

Cheque #: _____

Cheque \$: _____

Dinero \$: _____

POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA CADA NIÑO QUE SE REGISTRA:

NOMBRE _____ / _____ / _____

Fecha de nacimiento _____ **Edad** _____ **Hombre** **Mujer**
Último Primer Medio
Mes Día Año

Nacido _____ / _____ / _____
Ciudad Estado ZIP

Escuela Asistiendo a 2015-2016 _____ **Grado** _____

INFORMACIÓN SACRAMENTAL: Por favor adjunte una copia de los certificados si no los tenemos.

	Fecha	Parroquia	Ciudad / estado
Bautismo			
Primera Comunión			
Confirmación			

ASISTIERON A LA FE CATÓLICA ESCUELA O FORMACIÓN (CÍRCULO DE TODO LO QUE APLIQUE) **K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11**

ALERGIAS : (Marque todas las que aplican y añadir detalles). Epi-Pen Alimento Animales Plantas

Las mordeduras/picaduras de otros _____

HISTORIAL MÉDICO: (Marque los que aplican y añadir detalles.)

DE ASMA DIABETES CONVULSIONES EPILEPSIA DE ADD/ADHD OTRO

Si alguno está verificada, por favor especifique: _____