



Iglesia de Nuestra Señora del Rosario

Departamento de Formación

703 "C" Street, Union City, CA 94587

(510) 471-2609 • Fax: (510) 471-4601 • dmarquez@olrchurch.org

FORMA DE REGISTRACION DEL PRORGRAMA DE FORMACION AÑO ESCOLAR 2017 - 2018

INFORMACION DE LA FAMILIA

PADRE/GUARDIAN 1

NOMBRE _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

TELEFONO (____) _____ (____) _____ (____) _____
Casa Celular Trabajo

E-MAIL _____

SACRAMENTOS RECIBIDOS: Bautismo; Reconciliación; Primera Eucaristía Confirmación

PADRE/GUARDIAN 2

NOMBRE _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

TELEFONO (____) _____ (____) _____ (____) _____
Casa Celular Trabajo

E-MAIL _____

SACRAMENTOS RECIBIDOS: Bautismo; Reconciliación; Primera Eucaristía Confirmación

OTRA INFORMACION

DOMICILIO _____
Número, Calle, # de Apt.

Ciudad

Código Postal

PARROQUIANO REGISTRADO: Si: Numero de Cuenta _____; No: Complete la forma

METODO PREFERIDO DE COMUNICACION: Texto; Teléfono; E-Mail

CONTACTO DE EMERGENCIA

En el evento de una emergencia, favor de comunicarse con la siguiente persona si no puede comunicarse conmigo:

NOMBRE _____

RELACION _____ TELEFONO (____) _____

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

ESTUDIANTE 1

NOMBRE _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

GENERO: M; F; FECHA DE NACIMINETO: _____ GRADO EN LA ESCUELA: _____

ES ESTE EL PRIMER AÑO QUE ESTE ESTUDIANTE ESTA EN UN ROGRAM DE FORMACION DE FE? Si; No

Si «NO,» ¿Cuándo y en donde asistió el estudiante? _____

¿ESTA ESTE ESTUDIANTE EN ALGUN TIPO DE CLASE DE EDUCACION ESPECIAL EN EL DISTRITO ESCOLAR?

Si; No

SACRAMENTOS RECIBIDOS: Bautismo; Reconciliación; Primera Eucaristía; Confirmación

CONDICIONES MEDICAS/ALERGIAS _____

SEGURO DE SALUD _____

Nombre del Plan /Locación

Póliza/# de Archivo Médico

ESTUDIANTE 2

NOMBRE _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

GENERO: M; F; FECHA DE NACIMINETO: _____ GRADO EN LA ESCUELA: _____

ES ESTE EL PRIMER AÑO QUE ESTE ESTUDIANTE ESTA EN UN ROGRAM DE FORMACION DE FE? Si; No

Si «NO,» ¿Cuándo y en donde asistió el estudiante? _____

¿ESTA ESTE ESTUDIANTE EN ALGUN TIPO DE CLASE DE EDUCACION ESPECIAL EN EL DISTRITO ESCOLAR?

Si; No

SACRAMENTOS RECIBIDOS: Bautismo; Reconciliación; Primera Eucaristía; Confirmación

CONDICIONES MEDICAS/ALERGIAS _____

SEGURO DE SALUD _____

Nombre del Plan /Locación

Póliza/# de Archivo Médico

ESTUDIANTE 3

NOMBRE _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

GENERO: M; F; FECHA DE NACIMINETO: _____ GRADO EN LA ESCUELA: _____

ES ESTE EL PRIMER AÑO QUE ESTE ESTUDIANTE ESTA EN UN ROGRAM DE FORMACION DE FE? Si; No

Si «NO,» ¿Cuándo y en donde asistió el estudiante? _____

¿ESTA ESTE ESTUDIANTE EN ALGUN TIPO DE CLASE DE EDUCACION ESPECIAL EN EL DISTRITO ESCOLAR?

Si; No

SACRAMENTOS RECIBIDOS: Bautismo; Reconciliación; Primera Eucaristía; Confirmación

CONDICIONES MEDICAS/ALERGIAS _____

SEGURO DE SALUD _____

Nombre del Plan /Locación

Póliza/# de Archivo Médico

ESTUDIANTE 4

NOMBRE _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

GENERO: M; F; FECHA DE NACIMINETO: _____ GRADO EN LA ESCUELA: _____

ES ESTE EL PRIMER AÑO QUE ESTE ESTUDIANTE ESTA EN UN ROGRAM DE FORMACION DE FE? Si; No

Si «NO,» ¿Cuándo y en donde asistió el estudiante? _____

¿ESTA ESTE ESTUDIANTE EN ALGUN TIPO DE CLASE DE EDUCACION ESPECIAL EN EL DISTRITO ESCOLAR?

Si; No

SACRAMENTOS RECIBIDOS: Bautismo; Reconciliación; Primera Eucaristía; Confirmación

CONDICIONES MEDICAS/ALERGIAS _____

SEGURO DE SALUD _____

Nombre del Plan /Locación

Póliza/# de Archivo Médico

ACUERDO DEL PADRE/GUARDIAN

Al firmar abajo/, Yo/nosotros estamos de acuerdo en lo siguiente:

CONDICIONES DE REGISTRACION:

- Yo/nosotros por la presente inscribo a mi/nuestros niño/s nombrados en la página anterior en un programa del Departamento de Formación en la Iglesia de Nuestra Señora del Rosario para el año escolar 2017-2018, y por la presente doy/damos mi/nuestro permiso para que mi/nuestros niño/os que participen en el/los programa/s.
- Yo/nosotros estamos de acuerdo de ordenar a mi/dirigir a mi/nuestros hijo/s a cooperar y conformar con las direcciones y instrucciones del personal del Departamento de Formación de Fe y voluntarios responsables por las actividades religiosas.
- Yo/nosotros estoy/estamos de acuerdo de pagar la matrícula en la cantidad de \$_____ (Para ser llenado por el personal de la parroquia), no incluyendo cuotas relacionadas con los programas de Sacramentales, jóvenes o Confirmación.

ELEMENTOS DE APOYO A LA PARROQUIA:

- Yo/nosotros compraré/compraremos 25 boletos para la Rifa de Otoño del Festival Parroquial a \$2.00 cada uno, y entregar los talones de los boletos y el dinero para el 1 de Octubre, 2017.
- Yo/nosotros trabajaremos un total de 20 Horas de Servicio Comunitarios en la parroquia de Nuestra Señora del Rosario.
- Se le pedirá a cada Programa de Formación/Clase que ayude con un Puesto de Juego en el Festival – horas trabajadas contarán hacia las 20 horas.
- Cada participante en el Programa de Jóvenes tendrá que dar 20 horas adicionales de Servicio Comunitario.
- Cada participante en el Programa de Confirmación tendrá que dar 40 horas adicionales de Servicio Comunitario.

CONDICIONES DE ASISTENCIA DEL ESTUDIANTE:

- Yo/nosotros estoy/estamos de acuerdo que cada estudiante inscrito no faltará a tres (3) clases o sesiones, o yo/nosotros estoy/estamos de acuerdo de llevar a cabo cinco (5) horas adicionales de Servicio Comunitario por cada estudiante inscrito que no cumpla los requisitos mínimos requeridos de asistencia.

AUTORIZACION PARA EL CUIDADO DE SALUD:

Yo/nosotros en un evento que mi/nuestro hijo/os se lesione como resultado de su participación en actividades del Departamento de Formación de Fe, incluyendo la transportación a y de regreso de estas actividades, ya sea causado o no causado por la negligencia del programa del Departamento de Formación de Fe, la parroquia/escuela, o de cualquiera de sus agentes o empleados, recurrir por el pago resultando de cualquier costo y gasto de cualquier accidente, hospital, o seguro médico en primer lugar será tenido, o cualquier beneficio disponible mío/o de nosotros.

En el evento que no puedan comunicarse conmigo/con nosotros en una emergencia, yo/nosotros por la presente doy/damos permiso para que la Directora de Formación o un adulto designado nombrado por la Directora autorizada por su firma cualquier tratamiento considerado necesario para mi/nuestro hijo/hijos por el médico que lo está atendiendo.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN _____ FECHA _____

PARA SER LLENADO POR EL PERSONAL DE FORMACION

Student	Program Enrolled In					Class Code	Day of Class	Student Program Fees
	CCD	SAC:	FCom	FRec	Youth			
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
							Family Tuition:	
Festival Raffle Tickets: # _____ to # _____							TOTAL DUE:	

Tuition Payments:

1: Amount _____ Date _____ Balance _____ Receipt # _____
 2: Amount _____ Date _____ Balance _____ Receipt # _____
 3: Amount _____ Date _____ Balance _____ Receipt # _____
 4: Amount _____ Date _____ Balance _____ Receipt # _____