Para uso de la oficina:

Apellido de la familia:_____

Año escolar: _____

Matrícula: _____ No. Cheque:_____

NOMBRE DE LA PARROQUIA
CIUDAD/PUEBLO

FORMULARIO DE REGITRACION DEL PROGRAMA DE EDUCACION RELIGIOSA PARROQUIAL

APELLIDO DE LA FAMILIA:

DIRECCION:

CIUDAD/CODIGO POSTAL:

CORREO ELECTRONICO:

TELEFONO DE DOMICILIO:

NOMBRE DEL PADRE:

No. TEL.TRABAJO/CELL: **RELIGION:**

NOMBRE DE LA MADRE:

No. TEL.TRABAJO/CELL: **RELIGION:**

CUSTODIA: ¿Existe algún problema de custodia/legal? ❑ Si ❑ No

(Si es que sí, favor suministrar una copia completa de la última orden judicial)

***Nombre de la persona legalmente responsable de la educación religiosa, si no es el padre/madre/tutor legal**

*Padre/madre/tutor legal debe suministrar una carta de permiso, fechada y firmada al D/CRE la cual debe permanecer en el archivo y ser actualizada anualmente.

Parentesco:

❑ Yo he leído el Manual para padres y estoy de acuerdo con los requisitos y expectativas del Programa de Educación Religiosa de (Nombre de la Parroquia)

❑ Doy permiso para que el nombre y/o la imagen de mi hijo/a aparezca en el sitio web de la arquidiócesis, parroquia, tablones de anuncios, artículos de periódicos, boletines parroquiales, aprendizaje remoto sincrónico que se puede registrar y publicar en el sitio web de la arquidiócesis, parroquia, y liturgias grabadas o transmitidas en vivo y eventos asociados con el PREP.

Firma **Fecha**

Parentesco con el niño/a:

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: Si no podemos contactarlo, ¿a quién deberíamos contactar?

Nombre: **Parentesco:**

No. teléfono domicilio: **Celular:**

CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN MÉDICA:

Yo autorizo, que, en mi ausencia, mi/s niño (a) s cuyo/s nombre/s aparecen en este formulario de registración, puedan recibir cuidados médicos de emergencia por lesiones y todas las circunstancias que pudieran ocurrir durante la participación en el Programa de Educación Religiosa y actividades en la parroquia (Nombre de la Parroquia)

Firmado (Padre/Madre/Tutor legal): **Fecha:**

P.#2 debe completarse para cada niño (a) por separado.

Llene el formulario. Escriba claramente. Para registraciones por primera vez, favor traer un original y una copia del Certificado de Bautismo de cada niño(a).

Apellido de la Familia:

Nombre completo del niño/a (Primer, Segundo, & Apellido):

Fecha de Nacimiento:

Sexo: ❑ Masculino ❑ Femenino

Nivel del Grado:

Nombre de la escuela diurna:

Fecha de Bautismo: **Parroquia:**

Fecha de la 1ra Penitencia:

Fecha 1ra Comunión:

Etnicidad: ❑ Hispano/Latino ❑ Non- Hispano/Latino

Raza:
(Por favor elige solo una)

❑ Amerindia/Nativo de Alaska
❑ Asiática
❑ Negra/Afroamericana
❑ Otra
❑ Nativo de Hawái/de otra isla del Pacífico
❑ Blanca
❑ Dos o más razas
❑ Prefiero no responder

CONOCIMIENTO DE DATOS MÉDICOS/DE APRENDIZAJE

Si algo de lo siguiente es aplicable a su niño (a), por favor escriba su nombre y dé detalles en los espacios apropiados.

Condiciones médicas/Alergias (por favor descríbala debajo) ❑ Si ❑ No

Medicinas recetadas ❑ Si ❑ No

Discapacidad*/Servicios de apoyo al aprendizaje *(Vea IDEA definición debajo)* ❑ Si ❑ No

IEP *Programa de educación individualizada* ❑ Si ❑ No

****Está tu hijo (a) al día con sus vacunas?** ❑ Si ❑ No

Si no, ¿ha recibido él/ella una exención de su distrito escolar actual? ❑ Si ❑ No

¿Hay alguna otra información acerca de su niño (a) que debería ser comunicada?

** **IDEA:** Como se define el Acta de Educación para Individuos con Discapacidades (IDEA), el término "niño con discapacidad" significa un niño(a): con discapacidad intelectual, problema auditivo (incluyendo sordera), limitación de lenguaje o habla, vista limitada (incluyendo ceguera), serios problemas emocionales, problemas ortopédico, autismo, daño traumático del cerebro, otro problema de salud, o discapacidades específicas de aprendizaje, sordera-ceguera, o múltiple discapacidad; y quien, por esa razón, necesita educación especial y servicios.

****Inmunización:** Incluso si su hijo (a) está exento/a de vacunas, él/ella puede ser excluido de la escuela durante un brote de la enfermedad prevenible por vacunación.