

Para uso de la oficina

Apellido de la familia: _____

Año escolar: _____

Matrícula: _____ No. Cheque: _____

Formulario de Registración del Programa de Educación Religiosa Parroquial

NOMBRE DE LA PARROQUIA

CIUDAD/PUEBLO

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).

Nombre completo del niño(a) (Primer nombre, segundo nombre y apellido)	Sexo M/F	Fecha de nacimiento	Nivel de grado	Nombre de la escuela diurna	Bautismo fecha y parroquia	1 ^{ra} Penitencia Fecha	1 ^{ra} Comunión Fecha

Apellido de familia: _____ No. teléfono domicilio: _____

Dirección: _____ Correo electrónico: _____
Calle Ciudad Código del área

Nombre del padre: _____ No. teléfono trabajo/celular: _____ Religión _____

Nombre de la madre: _____ No. teléfono trabajo/celular: _____ Religión _____

CUSTODIA: ¿Existe algún problema de custodia/legal? Sí No (Si es que sí, favor suministrar una copia completa de la última orden judicial)

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

*Padre/madre/tutor legal debe suministrar una carta de permiso, fechada y firmada, al director de Educación Religiosa (*DRE – por sus siglas en inglés*) la cual debe permanecer en el archivo y ser actualizada anualmente.

Yo he leído el *Manual para padres* y estoy de acuerdo con los requisitos y expectativas del Programa de Educación Religiosa de _____ NOMBRE de parroquia

Doy permiso para que el nombre y / o la imagen de mi hijo aparezcan en el sitio web de la parroquia, tabloncitos de anuncios, artículos de periódicos, boletines parroquiales, aprendizaje remoto sincrónico que se puede registrar y publicar en el sitio web de la parroquia, y liturgias grabadas o transmitidas en vivo. y eventos asociados con el programa de educación religiosa parroquial.

Formulario de Registración del Programa de Educación Religiosa Parroquial

NOMBRE DE LA PARROQUIA

Apellido de la familia:

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, mis niños cuyos nombres aparecen en la primera página de 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 parroquia

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

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.

Nombre del niño (a)	Condiciones médicas/Alergias (por favor describala debajo)	Medicinas recetadas	Discapacidad* / Servicios de apoyo al aprendizaje (Vea IDEA definición debajo)	Programa de educación individualizada IEP (por sus siglas en inglés)	** Inmunización (Está tu hijo (a) al día con sus vacunas)
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si no, está el o ella recibiendo una excepción del actual distrito escolar <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si no, está el o ella recibiendo una excepción del actual distrito escolar <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si no, está el o ella recibiendo una excepción del actual distrito escolar <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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.

** **Vacunas:** Incluso si su hijo (a) está exento de vacunas, es posible que lo/la excluyan de la escuela durante un brote de la enfermedad prevenible por vacunación.