

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, tableros 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:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
Nivel del Grado:		
Nombre de la escuela diurna:		
Fecha de Bautismo:	Parroquia:	
Fecha de la 1ra Penitencia:		
Fecha 1ra Comunión:		
Etnicidad:	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Non- Hispano/Latino
Raza:	<input type="checkbox"/> Amerindia/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/de otra isla del Pacífico
(Por favor elige solo una)	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Blanca
	<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana	<input type="checkbox"/> Dos o más razas
	<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> 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 describala debajo)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Medicinas recetadas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Discapacidad*/Servicios de apoyo al aprendizaje (Vea IDEA definición debajo)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
IEP Programa de educación individualizada	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
**Está tu hijo (a) al día con sus vacunas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<i>Esta pregunta no se refiere a COVID; más bien, vacunas para niños y adolescentes</i>		
<i>Si no, ¿ha recibido él/ella una exención de su distrito escolar actual?</i>	<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.

****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.