

Mary Star of the Sea Parish
Oficina de Educación Religiosa
Formación de la Fe: Edades de 4 años al 8º Grado y RCIC

Fecha de Hoy: _____

INFORMACIÓN DEL NIÑO					
Apellido		Primer Nombre		Fecha de nacimiento	
Nombre de Padre		Nombre de Madre		o Guardianes	
Dirección: Número y Calle		Ciudad		Zonal Postal	
Números de Teléfono: Casa del Niño		Trabajo de los Padres		Celular o Pager	
Contacto de Emergencia: Nombre		Número de Teléfono		Relación	
¿Asistió su niño a clases de educación religiosa el año pasado?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Dónde?					
¿En qué grado estará su niño este septiembre?		Nombre de la escuela donde va su niño			
INFORMACIÓN DE LOS SACRAMENTOS					
¿Ha recibido su niño los siguientes sacramentos?			<u>Día Preferido de Clases</u>		
Bautizo Católico*	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Miércoles	<input type="checkbox"/> 4:15 – 5:30 PM	Pre-K – 6 ^{to} Grado Inglés
Primera Confesión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> 5:15 – 6:15 PM	Grados 7 y 8 Inglés
Primera Comuni3n	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Sábados	<input type="checkbox"/> 9:45–11:00 AM	Pre-K – 6 ^{to} Grado Español
* Si contesta Sí, traiga una copia del certificado del bautizo.					
Correo electrónico:					
Por favor llene el otro lado de este formulario					
PARA USO OFICIAL SOLAMENTE					
Tuition:	Tuition \$75 por un niño. \$40 por cada niño adicional				
Date	Amount Paid	Cash	Check #	Received by	Balance
Baptism Certificate Received?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Class	TTS	

Importante: Favor de contactarnos cuando haya cambios de numero de teléfono o correo electrónico. Es muy importante que podamos contarlos siempre que sea necesario.

Mary Star of the Sea Parish
Oficina de Educación Religiosa
Formación de la Fe: Edades de 4 años al 8º Grado y RCIC

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Nombre del Doctor		Teléfono
Si su niño es alérgico a medicinas, por favor indique cuales		
Indique cualquier medicamento que su niño tome regularmente		
Seguro Médico		
Indique si su niño tiene necesidades especiales debido a dificultades físicas o emocionales		
<u>Autorización</u>		
<i>En caso de emergencia, yo autorizo que mi niño y su archivo sean transportados a una clínica médica y que se le dé el cuidado de emergencia al niño en cuanto sea necesario.</i>		
_____		_____
<i>Firma del Padre/Madre</i>		<i>Fecha</i>