

Fecha: _____

Sacramento: _____

Iglesia Católica San Isidro
Inscripción Programa de Educación Religiosa
201_ -201_

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha y lugar de nacimiento: ___/___/___ _____ Edad: _____ Grado _____

Dirección: _____

Teléfono _____ Escuela: _____

Nombre de la madre/guardián: _____ Celular: _____

Lugar de empleo: _____ Teléfono _____

Nombre del padre/guardian: _____ Celular: _____

Lugar de empleo: _____ Teléfono: _____

Asisten a Misa semanalmente: Padre: Si___ No___ Madre: Si___ No___ Niño(a): Si___ No___

Estado matrimonial de los padres: Casados___ Separados___ Divorciados___ Unidos___ Otro___

Niño(a) reside con: Padre___ Madre___ Ambos padres___ Otro___

Nombre padrastro/madrastra: _____ Teléfono: _____

Si está divorciado es usted el guardian legal con custodia y permiso para la educación religiosa de su hijo? SI NO

Contactos de emergencia: Estas personas están autorizadas a recoger a mi niñ@ de ser necesario.

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

TTS-Class (Protegiendo a los niños de Dios) Sí___ No___ Email: _____

Sacramentos recibidos:

Bautismo ____/____/____

Parroquia: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado: _____

1ra Comunión ____/____/____

Parroquia: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado: _____

Entiendo y acepto que para poder recibir los sacramentos necesito entregar a la oficina de Educación Religiosa una copia del certificado de Bautismo. De no cumplir con éste requisito mi hijo(a) no podrá recibir los Sacramentos en la fecha prevista.

Firma madre _____ Firma padre _____

Autorizo a la Iglesia de San Isidro y/o al Arzobispo de Miami a usar fotografías de mi hijo/a para propósitos de editorial u oficina.

Firma _____

Por favor, tenga en cuenta que toda la información que nos dé, será estrictamente confidencial

Padece de alguna alergias: _____ Medicamentos que toma _____

Infórmenos de cualquier condición médica del estudiante: _____

Su hijo/a tiene algún Problema de Aprendizaje: _____

Marque si se aplica: _____ Lentes _____ Lentes de Contacto _____ Alambre de Dientes

Médico: _____ Teléfono _____

Hospital de su preferencia _____ Teléfono _____

Dirección _____

En caso de emergencia, autorizo que mi hijo(a) sea llevado al hospital para tratamiento de emergencia médica, dental, anestésico o quirúrgico, según sea necesario. Deseo ser avisado antes de que se le administre algún otro tratamiento que no sea de emergencia. Yo me haré responsable de los gastos médicos y transporte para tratar a mi hijo(a).

Por medio de la presente, exonero de cualquier demanda al Arzobispo de Miami, a la Arquidiócesis de Miami o cualquiera de sus parroquias, a sus empleados, afiliados, representantes y voluntarios por cualquier pérdida, daños, costos y gastos causados por o como resultado de la participación de mi hija(o) en este programa y prometo no demandar a la Arquidiócesis de Miami y todos los afiliados mencionados.

Firma Padre

Fecha

Firma Madre

Fecha