

Parroquia de San Felipe Neri
 Departamento de Educación Religiosa
 3025 Grand Concourse • Bronx, NY • 10468

Date Registered: _____
 Reg. Fee: \$ _____ Receipt: _____
 Course: _____
 Teacher: _____

(Envíe el formulario completo a la casa parroquial)

INFORMACION DE LOS ESTUDIANTES

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____ Varón Hembra

Escuela: _____ Grado en la Escuela Pública (Septiembre): _____

Ciudad de Nacimiento: _____ Teléfono de Casa: _____

(Por Favor, indique)

- El estudiante es Nuevo en el Programa de Educación Religiosa.
- El estudiante asistió el año pasado.

INFORMACION DE PADRES DEL FAMILIA

Nombre de la Madre: _____ Religión: _____

Dirección: _____ Apartamento # _____ Ciudad: _____ Zip: _____

Trabajo: _____ Celular: _____ Email: _____

Nombre del Padre: _____ Religión: _____

Domicilio (Si diferente del domicilio del estudiante):

Dirección: _____ Apartamento # _____ Ciudad: _____ Zip: _____

Trabajo: _____ Celular: _____ Email: _____

INFORMACION DE FAMILIARES

El alumno tiene hermanos/as en el programa de educación religiosa? Si No

If yes, please list:

Nombre _____ Grado en la Escuela Pública: _____

Nombre _____ Grado en la Escuela Pública: _____

Nombre _____ Grado en la Escuela Pública: _____

SACRAMENTOS

Indique cual son los Sacramentos el estudiante ha recibido. Por favor de adjuntar copia de los Certificados

- Baptism
- Penance
- Communion
- Confirmation

Office Use Only

Sacrament : _____

HISTORIAL MEDICO Y INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA

¿El estudiante tiene alguna condición médica (diabetes, asma, etc.)? Si No

Si, favor explicar: _____

¿El estudiante sufre de alguna alergia (comida, o medicina, etc.)? Si No

Si, favor explicar : _____

¿El estudiante toma algún medicamento? Si No

Si, favor explicar : _____

¿El estudiante tiene alguna condición de aprendizaje? Si No

Si, favor explicar : _____

En caso de alguna emergencia, y no hay comunicación con el padre de familia por indique la persona de usted desea como contacto de emergencia

Nombre del contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Relación al Estudiante: _____

CONSETIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO

Doy permiso para una evaluación medica, tratamiento y/ o la hospitalización en caso de enfermedad o accidente de mi hijo(a). Yo doy permiso para ingreso en el hospital y para la administración de los anestésicos y los procedimientos operativos necesarios en caso de emergencia. Doy permiso para la divulgación de información acerca de la condición medica de mi hijo(a) al director del programa o empleados de la parroquia.

Nombre del estudiante: _____

Hospital de preferencia: _____

Firma del padre: _____ Fecha: _____

DECLARATION

Certifico que la información es correcta y verdadera. Estoy de acuerdo en colaborar con el programa de educación religiosa de la parroquia ya que primeramente se mi responsabilidad la educación de mis hijos de ser católicos practicantes en la oración y la misa, y vivir un ejemplo cristiano. También reconozco que la falta de asistencia a clase, o misa y no cumpliero con los requisitos del programa de educación religiosa, mi hijo(a) no podrá recibir los sacramentos de comunión, reconciliación, y confirmación durante el año escolar.

Nombre de Padre: _____ Firma del padre: _____ Fecha: _____