

Parroquia de San Felipe Neri

Departamento de Educación Religiosa
3025 Grand Concourse • Bronx, NY • 10468

NUEVO ESTUDIANTES

INFORMACION DE LOS ESTUDIANTES

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____ Varón Hembra
Escuela: _____ Grado en la Escuela Pública (Septiembre): _____
Ciudad de Nacimiento: _____ Teléfono de Casa: _____

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

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: _____