

Para uso de la oficina:

Apellido de la familia: _____

Año escolar: 2025-2026

Matrícula: _____ No. Cheque: _____

STELLA MARIS/EPIPHANY PARISHES 2025-2026

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? Sí

No

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 Epiphany/Stella Maris Parishes

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 registraci3n, puedan recibir cuidados m3dicos de emergencia por lesiones y todas las circunstancias que pudieran ocurrir durante la participaci3n en el Programa de Educaci3n Religiosa y actividades en la parroquia Epiphany/Stella Maris Parishes

Firmado (Padre/Madre/Tutor legal): _____

Fecha: _____

P.#2 debe completarse para cada ni3o (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: Masculino Femenino

Nivel del Grado: _____

Nombre de la escuela diurna: _____

Fecha de Bautismo: _____ Parroquia: _____

Fecha de la 1ra Penitencia: _____

Fecha 1ra Comunión: _____

Etnicidad: Hispano/Latino Non- Hispano/Latino

Raza: Amerindia/Nativo de Alaska Nativo de Hawái/de otra isla del Pacífico
 (Por favor elige solo una) Asiática Blanca
 Negra/Afroamericana Dos o más razas
 Otra 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.