

St. Mary of the Angels – Forma de Registro y Contrato para el Programa de Catecismo (una forma por niño)

2015-2016 Sacramentos Requeridos: ( ) Bautismo ( ) Primera Comunión ( ) Confirmación

Apellido del Niño (a): \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ E-mail de la Familia: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ ( ) Hombre ( ) Mujer

Apellido del Padre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

# Tel Trabajo/Celular: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Apellido de la Madre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

# Tel Trabajo/Celular: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Nombre del Padrastro/Tutor: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

El niño/niña reside con \_\_\_\_\_

Registrado en la Iglesia de St. Mary of the Angels ( ) Si ( ) No

Estoy de acuerdo en seguir todas las instrucciones y reglas del programa de Educación Religiosa y entiendo que al faltar a este contrato, retrasa la celebración de los sacramentos de mi hijo (a) hasta que este haya sido completado.

Firma del Padre o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**EN CASO DE EMERGENCIA:** Persona a contactar en caso de que el Padre o Tutor no se encuentren o localicen

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Alguna condición médica especial y procedimiento a seguir en caso de que presente esa condición en caso de emergencia:

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

En caso de lesión o accidente, Yo necesito que el/la representante del programa de catecismo me contacte. Si no me pueden localizar, yo autorizo a este representante que llame al doctor indicado en esta forma y seguir las indicaciones del doctor. Si es imposible de contactar al doctor, el representante del programa del catecismo deberá de hacer lo que sea necesario, inclusive llamar a los Servicios de Emergencia para transportar el niño (a) al cuarto de emergencias más cercano para ser atendido. Yo asumo la responsabilidad de cubrir los gastos económicos por cualquier diagnostico, tratamiento o medicamento que sean aplicados. Toda la información proporcionada es completa y acertada. Estoy totalmente consciente y autorizo cualquier procedimiento que sea necesario que se han mencionado en esta forma.

Firma del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Fotografía / Comunicado de prensa:** Me doy cuenta de que fotografías, videos, extracciones escritas, y grabaciones de voz de los participantes del programa pueden ser tomadas durante las diferentes actividades con el propósito de ilustraciones, publicaciones y página en el internet.

Al devolver este formulario de inscripción, autorizo y doy consentimiento pleno a la Iglesia Católica de Santa María de los Ángeles a publicar y derechos de autor a todas las fotografías, videos, extracciones escritas, y grabaciones de voz en la que aparece mi hijo (a) mientras esté inscrito como participante en el programa de Educación Religiosa

Firma del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

2015-2016 Sacraments Needed: ( ) Baptism ( ) First Holy Communion ( ) Confirmation

Child's Last Name: \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Home Telephone: \_\_\_\_\_ Family e-mail: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Place of Birth: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ ( ) Male ( ) Female

Father's Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_

Work /Cell #: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Mother's Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_

Work /Cell #: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Stepparent/Guardian's Name: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Child resides with \_\_\_\_\_

Registered at St. Mary of the Angels ( ) Yes ( ) No

I agree to follow all of the directives and policies of the Religious Education Program and understand that failure to do so on my part or that of my child may delay the celebration of the sacraments by my child until such time that I am in compliance.

Signature of parent or guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**IN CASE OF EMERGENCY:** Person to be contacted if the Parent/Legal Guardian cannot be reached

Name: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Relationship: \_\_\_\_\_

Special Medical Conditions, allergies and Procedures to be followed if the condition presents an emergency:

Doctor's Name: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

In case of accident or illness, I request that the representative of the parish catechetical program contact me. If I am unable to be reached, I hereby authorize this representative to call the physician indicated and to follow the physician's instructions. If it is impossible to contact the physician, the representative of the parish catechetical program may make whatever arrangement seems necessary including but not limited to calling the Emergency Medical Services to transport my child to the nearest emergency room for treatment. I agree to assume the financial responsibility for any diagnosis, treatment and /or medication deemed necessary. To the best of my knowledge all information given is accurate and complete. I hereby consent to, and authorize the necessary procedures that have been stated above.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Photograph/Press Release:** I realize that photographs, videos, written extractions, and voice recordings of program participants may be taken during various activities for the purpose of illustrations, publications, and website. By returning this registration form, I hereby authorize and give full consent to *St. Mary of the Angels Catholic Church* to publish and copyright all photographs, videos, written extractions, and voice recordings in which my child appears while enrolled as a participant in the Religious Education.

Parent's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_