

Iglesia católica San Timoteo

Formulario de formación en la fe (1 – 12 Grado)

1515 Dolan Ave, San Mateo, CA 94401

Plazo: 2021-2021

FAMILY INFORMATION

Apellido de la familia: _____ Fecha: _____
Nombre del Padre: _____ Celda del padre: _____
Nombre de la madre: _____ Celda de la madre: _____
Doncella de la madre: _____ Dirección de correo electrónico: _____
Teléfono de casa: _____ Los niños viven con:
Dirección de casa: _____ Ambos padres: _____ Madre _____ Padre _____
Ciudad, ST Postal: _____ Otro _____ Relación _____
¿Madre católica S/N? _____ Padre Católico S/N? _____

Estudiante # 1 INFORMACIÓN

Nombre completo del niño: _____

Género: Varón Mujer

Sacramento Recibido

Marque la casilla y enumere el nombre de la iglesia. Fecha si es posible

Fecha de Nacimiento _____

Bautismo: _____

nacimiento Ciudad: _____

Eucaristía: _____

Nombre de Escuela: _____ Grado: _____

Reconciliación: _____

¿Asistió a Educación Religiosa el año pasado?

Confirmación: _____

Si sí donde:

Necesidades especiales (médicas, problemas de aprendizaje, discapacidades físicas, alergias, etc.):

Estudiante # 2 INFORMACIÓN

Nombre completo del niño: _____

Género: Varón Mujer

Sacramento Recibido

Marque la casilla y enumere el nombre de la iglesia. Fecha si es posible

Fecha de Nacimiento _____

Bautismo: _____

nacimiento Ciudad: _____

Eucaristía: _____

Nombre de Escuela: _____ Grado: _____

Reconciliación: _____

¿Asistió a Educación Religiosa el año pasado?

Confirmación: _____

Si sí donde:

Necesidades especiales (médicas, problemas de aprendizaje, discapacidades físicas, alergias, etc.):

NOTA: Si alguno de sus hijos fue bautizado fuera de esta parroquia, y aún no nos ha proporcionado una copia del registro de bautismo de cada niño, deberá proporcionar una fotocopia para nuestros archivos.

Por favor complete ambos lados

Received: _____

Solo para uso de oficina

Tuition DUE: _____

Entered: _____

Tuition PAID: _____

Ck or rcpt # _____

Additional Students

Estudiante # 3 INFORMACIÓN

Nombre completo del niño: _____

Género: Varón Mujer

Sacramento Recibido Marque la casilla y enumere el nombre de la iglesia. Fecha si es posible

Fecha de Nacimiento _____

Bautismo: _____

nacimiento Ciudad: _____

Eucaristía: _____

Nombre de Escuela: _____ Grado: _____

Reconciliación: _____

¿Asistió a Educación Religiosa el año pasado?

Confirmación: _____

Si sí donde:

Necesidades especiales (médicas, problemas de aprendizaje, discapacidades físicas, alergias, etc.):

ACTIVIDAD DEL FORMULARIO DE PERMISO DE LOS PADRES DE LA ARQUIDIÓCESIS DE SAN FRANCISCO:

Doy permiso a mi hijo para que asista a clases de formación en la fe en St. Timothy Catholic.

EL NOMBRE DEL NIÑO: _____ Grado

EL NOMBRE DEL NIÑO: _____ Grado

EL NOMBRE DEL NIÑO: _____ Grado

CONTACTO DE EMERGENCIA - DISTINTOS A LOS PADRES:

Name _____ Phone _____

Relationship _____

Lea y ponga sus iniciales en cada párrafo, luego firme y coloque la fecha en la parte inferior.

1. Yo, el padre / tutor del niño mencionado anteriormente, por la presente doy mi permiso para su participación en la actividad mencionada anteriormente. Estoy de acuerdo en ordenar a mi hijo que coopere y cumpla con las direcciones e instrucciones de la parroquia, escuela o personal arquidiocesano responsable de la actividad. _____

2. Estoy de acuerdo, en la medida en que lo permita la ley, que en caso de que mi hijo se lesione como resultado de su participación en la actividad mencionada anteriormente, incluido, entre otros, el transporte hacia y desde la actividad, ya sea causada por la negligencia (activa o pasiva) de la parroquia / escuela o del programa de actividades juveniles de la Arquidiócesis, o de cualquiera de sus agentes o empleados, el recurso para el pago de cualquier costo hospitalario, médico o relacionado y los gastos resultantes se tendrá primero contra cualquier seguro de accidentes, hospital o médico, o cualquier plan de beneficios disponible mío o de mi cónyuge. _____

3. No tengo conocimiento de ninguna condición médica de mi hijo que pudiera hacer que sea inapropiado que participe en dicha actividad. _____

4. Por la presente doy permiso al médico seleccionado por el personal de supervisión de actividades para jóvenes que esté presente para brindar el tratamiento médico que el médico considere necesario y apropiado.

5. Por la presente renuncio a todos y cada uno de los derechos o compensación por fotografías, cintas de video, películas, grabaciones o cualquier otro registro de este evento o actividad que pueda realizar el Arzobispo / Parroquia / Escuela / Agencia y organizaciones afiliadas . _____

FIRMA: _____

FECHA: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____

Si el formulario se envía electrónicamente, la firma del padre / tutor se recopilará lo antes posible.