

# Iglesia católica San Timoteo

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

1515 Dolan Ave, San Mateo, CA 94401

Plazo:

Contribución sugerida: Antes del 15 de Septiembre

Inscripción: Primer niño \$ 100 cada uno

Niño adicional \$ 75: Después del 15 de Septiembre

Primer niño \$125 Cada niño adicional \$100

### FAMILY INFORMATION

Apellido de la familia: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

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

Celular del Padre: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Celular 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 rpt # \_\_\_\_\_

## Additional Students

### Estudiante # 3 INFORMACIÓN

Nombre completo del niño: \_\_\_\_\_

Género: Varón  Mujer

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

nacimiento Ciudad: \_\_\_\_\_

Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

¿Asistió a Educación Religiosa el año pasado?

Si sí donde: \_\_\_\_\_

Sacramento Recibido

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

Bautismo: \_\_\_\_\_

Eucaristía: \_\_\_\_\_

Reconciliación: \_\_\_\_\_

Confirmación: \_\_\_\_\_

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.*