

Formulario de Inscripción para la Formación en La Familia de Parroquias La Viña del Señor



Apellido Familiar

Parroquia de Origen

Niños en Edad Escolar (K–12)

Nombre

Fecha de Nacimiento

Escuela

Grado

Sacramentos:	Bautismo	Primera Reconciliación	Primera Comunión
Fecha Aproximada			
Iglesia			

Nombre

Fecha de Nacimiento

Escuela

Grado

Sacramentos:	Bautismo	Primera Reconciliación	Primera Comunión
Fecha Aproximada			
Iglesia			

Nombre

Fecha de Nacimiento

Escuela

Grado

Sacramentos:	Bautismo	Primera Reconciliación	Primera Comunión
Fecha Aproximada			
Iglesia			

Padres/Guardianes

Nombre(s) del Contacto Principal de los

Padres/Guardianes

Relación con el/los niño(s)

Idioma hablado en casa

domicilio

ciudad

codigo

Teléfono

¿Está bien recibir mensajes de texto?

Teléfono

¿Está bien recibir mensajes de texto?

Correo Electrónico

Correo Electrónico

Nombre del Contacto Alternativo o de Emergencia

Relación con el/los niño(s)

Teléfono

Formulario de Inscripción para la Formación en la Fe– página 2

Transporte

Además de las personas mencionadas anteriormente, ¿quién está autorizado a recoger a su(s) hijo(s)?

Personas NO autorizadas a recoger:

Mi(s) hijo(s) caminarán a casa.

Necesidades Especiales – ¡Todos los estudiantes son bienvenidos!

¿Qué adaptaciones necesita(n) su(s) hijo(s) para tener éxito en este programa?

(aprendizaje, comportamiento, salud, alergias, situación familiar especial, etc.)

Maneras en las que puedo ayudar

- Donación para cubrir libros de texto, recursos para maestros, y suministros para el aula durante el año
- Catequista (*maestro*)
- Asistente de aula (*regular u ocasional*)
- Bocadillos (*ocasional*)

← Siéntase libre de incluir efectivo o cheque (pagadero a su parroquia) con este formulario, o colóquelo en la canasta de la colecta en cualquier momento.
¡Gracias!

Autorización Médica

En el caso de que no se pueda contactar a los contactos primario y alternativo mencionados anteriormente, y en el juicio del director de educación religiosa, otra persona responsable del programa o grupo, u otro miembro del personal apropiado, haya una necesidad de examen y/o tratamiento inmediato de mi(s) hijo(s), por la presente autorizo a cualquiera de los referidos anteriormente a obtener para mi hijo(s) los servicios médicos que se consideren necesarios. Acepto asumir la responsabilidad financiera por cualquier diagnóstico, tratamiento y medicación que se considere necesaria.

Firma del padre/guardian

Fecha

*“Yo soy la vid; ustedes son las ramas.
Todos los que permanecen en mí darán mucho fruto.”*

Devuelva este formulario a la oficina de su parroquia o colóquelo en la canasta de la colecta.

¿Preguntas?

Póngase en contacto con el Director de Formación en la Fe de su parroquia.
(Consulte el boletín para obtener información de contacto.)

