

Basílica de St. Paul  
Formación de fe  
Formulario de Registro 2017-2018

**Nombre y Apellido del Niño(a)** \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

**Mensaje Texto**

Si desea que le enviemos mensajes textos a su teléfono celular en caso de emergencias, cancelaciones de clases o avisos importantes? Proveer la siguiente información si desea recibir notificaciones de texto

Numero de teléfono: \_\_\_\_\_ Cell Madre#: \_\_\_\_\_

Compañía de su teléfono celular \_\_\_\_\_ Cell Padre#: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Es usted miembro registrado de La Basílica de St. Paul? \_\_\_\_\_

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

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Niño(a) vive con:

Los Padres      Madre      Padre      Abuelos      Tutor Legal

**INFORMACION DEL ESTUDIANTE #1**

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

El niño(a) ya recibió el/los sacramentos: ✓

\_\_\_\_\_ Bautismo    \_\_\_\_\_ Confesión    \_\_\_\_\_ Primera Comunión    \_\_\_\_\_ Confirmación

Lugar del Bautismo: \_\_\_\_\_

(Nombre de la Iglesia, Ciudad, Estado o País)

*Por favor provea copia del certificado de Bautismo del niño(a)*

Dar información de cualquier condición médica: \_\_\_\_\_

**Matricula: 1 Niño: \$35    2 Niños: \$60    3 Niños: \$75**

**Si tiene dificultad con el pago de la matricula, por favor comuníquese con la Señora Smith. Ningún niño es rechazado.**

Office use: Reg _____ Paid _____ # _____ Sac: _____
---

**POR FAVOR COMPLETE LA PAGINA SIGUIENTE**

**INFORMACION DEL ESTUDIANTE #2**

**Nombre del Niño(a):** \_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

El niño(a) ya recibió el/los sacramentos: ✓

\_\_\_\_\_ Bautismo \_\_\_\_\_ Confesión \_\_\_\_\_ Primera Comunión \_\_\_\_\_ Confirmación

Lugar del Bautismo: \_\_\_\_\_

(Nombre de la Iglesia, Ciudad, Estado o País)

*Por favor proveer copia del certificado de Bautismo del niño(a)*

Información de cualquier condición médica: \_\_\_\_\_

**Permiso para administrar ayuda medica:**

Como padre o tutor legal, autorizo el tratamiento medico para el menor en caso de emergencia. Esta autorización es otorgada después de haber hecho el esfuerzo de ponerse en contacto con migo.

**Información de Contacto en Caso de Emergencia**

Personas Autorizadas para el cuidado del menor en caso de que no se puedan localizar los padres. (Por favor colocar los nombres en el orden deseado):

1<sup>st</sup> Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ # Teléfono: \_\_\_\_\_

2<sup>nd</sup> Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ # Teléfono: \_\_\_\_\_

3<sup>rd</sup> Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ # Teléfono: \_\_\_\_\_

Por seguridad, las personas que recogen a los estudiantes tendrán que presentar un documento de identificación y sus nombres tienen que estar en este formulario de registro.

**PERMISO PARA FOTOGRAFIAS**

*Algunas veces la parroquia usa fotos del programa de Educación Religiosa para diversas publicaciones parroquiales. Si una foto de su hijo(a) se va a publicar usted será notificado vía correo electrónico. La versión completa este formulario esta a su disposición el primer día de clase en le libro que se le dará al estudiante*

Entiendo que al no rechazar por escrito, estoy permitiendo y aceptando la publicación de las fotos.

\_\_\_\_\_  
Firma de los Padres o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha