

**Formulario de Registro de Formación en la Fe
St. Edward Catholic Church 2024-2025**

Nombre completo del niño: _____ M__ F__

Fecha de nacimiento: _____ Grado en Otoño: _____ Escuela: _____

Dirección de la familia: _____

Dirección postal, si es diferente: _____

Madre: _____ Teléfono: _____ Texto: SI NO

Padre: _____ Teléfono: _____ Texto: SI NO

Dirección de correo electrónico de los padres: _____

Preferir las notificaciones en __ Inglés __ Español

¿Ha recibido su hijo estos sacramentos?

___ Bautismo: iglesia, ciudad y estado: _____

___ Primera Comunión: iglesia, ciudad y estado: _____

___ Confirmación: iglesia, ciudad y estado: _____

Para la Primera Comunión o Confirmación de este año:

POR FAVOR, TRAIGA UNA COPIA DEL CERTIFICADO DE BAUTISMO DE SU HIJO A LA OFICINA

Matrícula:

- Educación religiosa \$35 por niño
- Primera Comunión o Confirmación \$45 por niño
- \$100 Tarifa máxima por familia

Liberación de fotos: Hay ocasiones en que las fotos o videos de los jóvenes se pueden usar para diversos propósitos, como exhibiciones en tableros de anuncios, anuncios de eventos, artículos de periódicos, presentaciones de diapositivas, volantes o el S.E.T. o el Facebook de la iglesia. Por favor, firme una opción a continuación para indicar cómo le gustaría que se usaran las fotos de su hijo.

Sí, la foto de mi hijo se puede utilizar para los fines indicados: _____

No, la foto de mi hijo no se puede utilizar para los fines indicados: _____

Si tiene preguntas, llame a la oficina al 541-258-2224

Office Information Only:

Fee Paid: Yes No

Photo Release Signed: Yes No

Emergency Form: Yes No

PARROQUIA/ESCUELA FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE EMERGENCIA PARA ESTUDIANTES/JÓVENES

INFORMACIÓN DE UBICACIÓN: Escuela Parroquia Fecha: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Cód. Postal: _____

PERSONA DE CONTACTO

Nombre: _____ Teléfono: _____ Email: _____

INFORMACION DEL NIÑO/A

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Cod. postal: _____

Padre(s)/Guardián(es): _____

Persona con la que vive el niño/a: _____

Nombre de las personas a notificar en caso de una emergencia:

Nombre: _____ Teléfono 1: _____ 2: _____

Nombre: _____ Teléfono 1: _____ 2: _____

Nombre: _____ Teléfono 1: _____ 2: _____

Nombre del doctor de la familia: _____ Teléfono: _____

Fecha de la última inmunización ó refuerzo contra el tétano: _____

Alergias (comida, medicamentos, insectos, etc): _____

Está el niño/a, actualmente, bajo algún medicamento? Sí No Si sí, por favor explique a continuación:

Nombre: _____ Dosis: _____ Motivo para el medicamento: _____

Nombre del médico que prescribe: _____ Teléfono: _____

Por favor, anote cualquier herida, cirugía reciente, enfermedad prolongada, medicamento actual, lentes correctivos, problemas especiales de salud u otros asuntos que requieran especial atención, que podrían ayudar al personal de emergencia a proporcionar el cuidado apropiado para su niño/a:

INFORMACIÓN DEL SEGURO MEDICO:

Nombre de la compañía del seguro médico: _____

Número de identificación o del grupo: _____

Yo, autorizo a la Parroquia/Escuela y a sus representantes a usar su juicio para determinar el cuidado y procedimiento médico para mi niño/a. Entiendo y estoy de acuerdo también, que la Parroquia/Escuela no assume ninguna responsabilidad financier por los gastos incurridos por el servicio y transporte de emergencia.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____