

**SAINT ANN CATHOLIC CHURCH**310 North Olive Avenue  
West Palm Beach, FL 33401**Director of Religious Education****Veronica Matias**[ReligiousEd@stannchurch.net](mailto:ReligiousEd@stannchurch.net)

561-832-3757 ext. 304

**REGISTRACION PARA EDUCACION RELIGIOSA****Por favor use letra de imprenta y complete con TODA la información pedida****FECHA** \_\_\_\_\_**Apellido** \_\_\_\_\_ **Registrado en St. Ann's?** \_\_\_\_\_ **# de sobre** \_\_\_\_\_**Dirección familiar** \_\_\_\_\_**Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código postal** \_\_\_\_\_**Niño/a: Vive con** **(Marque)** Los dos padres \_\_\_ **Madre** \_\_\_ **Papa** \_\_\_ **Otra persona** \_\_\_\_\_**Apellido de la Mamá** \_\_\_\_\_ **Primer nombre** \_\_\_\_\_ **Segundo** \_\_\_\_\_**Apellido de soltera** \_\_\_\_\_ **Ocupación** \_\_\_\_\_ **Religión** \_\_\_\_\_**Teléfono #**(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Celular#** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_**Correo electrónico** \_\_\_\_\_**Apellido del Papá** \_\_\_\_\_ **Primer nombre** \_\_\_\_\_ **Segundo** \_\_\_\_\_**Teléfono #** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Celular #** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_**Correo electrónico** \_\_\_\_\_ **Ocupación** \_\_\_\_\_ **Religión** \_\_\_\_\_

Niños en el programa:	Niño-a 1	Niño-a 2	Niño-a 3	Niño-a 4
Primer nombre:				
Apellido:				
Fecha de Nacimiento:				
Escuela y grado:				
Bautismo: Lugar & Fecha				
1a Confesión Lugar & Fecha				
1a Comunión: Lugar & Fecha				
Confirmación: Lugar & Fecha				

**Copia del certificado de: Bautismo, Primera Comunión, and Confirmación son REQUERIDAS si los Sacramentos no fueron recibidos en Sta. Ana. Por favor INCLUYA con la REGISTRACION antes de comenzar las clases.***Costo del PROGRAMA y MATERIALES: \$40.00 por niño o \$100.00 por Familia. Los viajes y retiros son extra***For Office Use****Baptism, First Communion, & Confirmation certificates received:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**Notes/Remarks:** \_\_\_\_\_**File Document Until:** \_\_\_\_\_

**Consentimiento para publicar fotografía y/o video:**

Yo, \_\_\_\_\_, (Padre/Guardián) Certifico que soy el padre/madre o guardián de el niño/niña, cuya firma esta arriba, he leído el párrafo anterior y he examinado la información contenida. Autorizo el consentimiento para publicar la fotografía y grabación de video ( incluyendo cualquier responsabilidad económica que resulte) al mismo tiempo renuncio a todos los reclamos que pueda tener en contra de St. Ann Catholic Church, como se indica arriba, en mi nombre como padre/madre/guardián del (los) participantes, y de ellos mismos; incluyendo cualquier reclamo resultado de los participantes dejando la supervisión de St. Ann Catholic Church.

Entiendo que si alguna parte de este documento es anulado o no es aplicable, las partes restantes son consideradas validas y vigentes.

Firma del padre/madre/guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Cada año la Oficina de Protección de los Niños de la Diócesis de Palm Beach, requiere que la Parroquia de Sta. Ana ofrezca una sesión del programa: "Protegiendo los Niños de Dios". Estos videos tratan diferentes temas de naturaleza sexual; presentados con lenguaje apropiado para los niños. Los padres están invitados a asistir con sus niños a las sesiones ofrecidas. La fecha será anunciada en el horario de actividades y repetida el fin de semana anterior durante los avisos después de Misa. Si usted NO QUIERE que su niño-a participe por favor marque la cajita:  de abajo.

Yo no quiero que mi (s) niño (s) asista (n).

Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Programa de Catequesis: Formulario de Permiso para Atención Médica**

Yo, \_\_\_\_\_, (padre/Madre/guardián) doy permiso a los representantes del Programa de Catequesis de la Parroquia Católica de St. Ana, a transportar y firmar todos los formularios necesarios para darle tratamiento médicos a:

\_\_\_\_\_ (Niño-s).

También doy permiso para cualquier y todos los tratamientos sean administrados por personal cualificado incluyendo 911. Entiendo que la Parroquia de Sta. Ana no es responsable por los gastos causados por esa atención medica.

Contacto de Emergencia: Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Hospital preferido: \_\_\_\_\_ Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Anote todas las medicinas que toma su hijo (a) (Indique para que lo toma y el nombre del niño:

\_\_\_\_\_

Liste todas las cosas a la que es alérgico: \_\_\_\_\_

Condiciones medicas y atenciones especiales necesarias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Padre/ Madre / Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_