

SAINT ANN CATHOLIC CHURCH
310 North Olive Avenue
West Palm Beach, FL 33401

DRE: Veronica Matias
561-832-3757 ext. 304
ReligiousEd@Stannchurch.net

REGISTRACION PARA PRIMERA COMUNION

Costo del Programa y Materiales: \$60.00 por niño o \$130.00 por Familia. Por Favor, escriba claro.

Apellido _____ 1er Nombre _____ Segundo _____
Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____ Lugar _____
Vive con: Ambos Padres _____ Mamá _____ Papá _____ Otros _____
Dirección _____ Ciudad _____ Zona Postal _____

Informacion de los Padres:

Mama: _____ Apellido de Soltera: _____
Teléfono (_____) _____ - _____ Email: _____
Dirección si es diferente: _____

Papa: _____
Teléfono (_____) _____ - _____ Email: _____
Dirección si es diferente: _____

El niño toma alguna medicina o tiene problemas de salud ___No ___Si *Si responde "si" anote las medicinas y para que las toma:*

Informacion del Bautismo:

Bautizado(a): Si o No Fecha de Bautismo _____ / _____ / _____
Parroquia _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Se requiere copia del certificado de Bautismo.

Está la familia registrada en Sta. Ana Si o No Sobre # _____
Nombre de la escuela donde asiste _____ GRADO _____

FOR OFFICE USE ONLY

Baptism certificate received: Yes *Date Completed and recorded:* _____
Attended Retreat: Yes *Certificate Issued:* _____
Letter from previous parish received: Yes
Notes/Remarks: Yes

Consentimiento para publicar fotografía y/o video:

Yo, concedo mi permiso a St. Ann Catholic Church, el permiso para fotografiarme y/o grabarme en video y de usar mi nombre cara, voz y apariencia en materiales de exhibiciones, publicidad y promoción sin ninguna reservación, limitación o consideración. Esta autorización específicamente los libera de cualquier reclamo bajo la ley de Estatuto Florida #540.08, y expresamente constituye un documento de consentimiento para la publicación de mi nombre, cara, parecido, voz y apariencia.

Firma del participante: _____ **Fecha:** _____

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:** _____