

SAINT ANN CATHOLIC CHURCH310 North Olive Avenue
West Palm Beach, FL 33401**Director of Religious Education**ReligiousEd@stannchurch.net

561-832-3757 ext. 304

REGISTRACIÓN PARA EDUCACIÓN RELIGIOSA**Por favor use letra de imprenta y complete con TODA la información pedida****FECHA** _____**Apellido** _____ Registrado en St. Ann: No o Si # 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: _____ *Necesitamos el correo electrónico de al menos uno de los padres

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 del 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: _____