

For Office use ONLY

__Pre-Comm.

__FC Yr. 1

__FC Yr. 2

FC Yr. 20__

SAINT ANN CATHOLIC CHURCH

310 North Olive Avenue
West Palm Beach, FL 33401

Director of Religious Education

561-832-3757 ext. 304

ReligiousEd@Stannchurch.net

REGISTRACIÓN PARA PRIMERA COMUNION

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

Por favor use letra de imprenta y complete con TODA la información pedida.

Apellido _____ 1er Nombre _____ Segundo _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Lugar _____

Vive con: Ambos Padres ____ Mamá ____ Papá ____ Otros _____

Dirección _____ Ciudad _____ Zona Postal _____

Información de los Padres:

Mama: _____ Apellido de Soltera: _____

Teléfono (____) _____ - _____ *Email: _____ @ _____ . _____

Dirección si es diferente: _____

***Necesitamos el correo electrónico de al menos uno de los padres**

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:*

Información 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 _____

Este niño ha asistido alguna vez a una escuela católica? Sí o No

En caso que **SI**, Cual es el nombre de la escuela _____ y que grados asistió: _____

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 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:** _____