

ST. JOSEPH and ST. LADISLAUS RELIGIOUS EDUCATION/FAITH FORMATION  
PROGRAM 2020-2021

¿Asistió a la catequesis/Attended Catechism before? Si/Yes  Años que asistió/years attended: \_\_\_\_\_ No

**Nombre del estudiante/Student's name** **Fecha de nacimiento**  
Apellido/Last name \_\_\_\_\_ Nombre/First \_\_\_\_\_ D.O.B: \_\_\_\_\_

**Nombre de escuela/Name of school:** \_\_\_\_\_ **Curso/Grade:** \_\_\_\_\_

**Lugar de nacimiento/Place of birth:** \_\_\_\_\_  
Ciudad/City Estado/State País/Country

**Dirección/address:** \_\_\_\_\_  
Calle/Street Ciudad/City Código postal/Zip code

**Nombre del padre/Father's name:** \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Apellido/last name Nombre/First

**Nombre de la madre:** \_\_\_\_\_  
**Mother's name:** \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Nombre/First Apellido de casada/last name

**Email/correo electrónico** \_\_\_\_\_

**Niña(o) vive con/Child lives with: (Circule uno/Circle one)**

Ambos padres/both parents Madre/Mother Padre/Father Otro-indique/Other-specify \_\_\_\_\_

El estudiante ha recibido los siguientes sacramentos/Has the student received following sacraments:

**Bautismo/Baptism:** Iglesia/Church: \_\_\_\_\_ Fecha de Bautismo/Date: \_\_\_\_\_  
Dirección/Address: \_\_\_\_\_  
Calle/Street Ciudad/City Código postal/Zip code (País, si es fuera de E.U./Country if not USA)

**Reconciliación /Reconciliation:** Iglesia/Church: \_\_\_\_\_ Fecha/Date: \_\_\_\_\_  
Dirección/Address: \_\_\_\_\_  
Calle/Street Ciudad/City Código postal/Zip code (País, si es fuera de E.U./Country if not USA)

**1ª Comunción/1st Communion:** Iglesia/Church: \_\_\_\_\_ Fecha/Date: \_\_\_\_\_  
Dirección/Address: \_\_\_\_\_  
Calle/Street Ciudad/City (País, si es fuera de E.U./Country if not USA) Código postal/Zip code

Revised: 09/26/2020\*Note Fees and deposits are not refundable. Fees are for expenses of materials, office and staff. May other expenses arise later/pagos no son reembolsables, pago es para cubrir costo de materiales, oficina y personal y tal vez otros gastos de ultimo momento.

Signed by \_\_\_\_\_ Fecha de hoy/Today's date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(firma persona autorizada)

Está registrado en la parroquia? Are you registered in the parish? Si/Yes \_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Sobres Sacrificial/offering envelopes? If Yes/ Si Sobre # \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**SELECCIONAR UNA SESION/ SELECT A SESSION**

Sat./Sáb 5:45PM  Dom./Sun 9:20AM  Dom./Sun 11:15AM  Tues/Mar 6:30PM

En caso de emergencia/In case of emergency:

Nombre/name: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Relación familiar a niña(o). Relationship to child: \_\_\_\_\_

Nombre/name: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Relación familiar a niña(o). Relationship to child: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hija(o) algún problema de alergias o alguna otra condición médica?/Does your child have allergies or another a medical condition? Yes, \_\_\_\_\_ ¿Tiene su hija(o)

algún problema de aprendizaje? Does your child have a learning disability? Yes explain/Si explique:

**Authorization /Agreement**

*Por favor a continuación, lea y ponga sus iniciales en todas las declaraciones para su autorización/ Please read and put your initials in all of the statements below.*

\_\_\_ *Mi hijo(a) y yo entendemos y estamos de acuerdo con las reglas y regulaciones del Programa de Educación Religiosa . My Child and I understand and agree to follow the rules and regulations of the Religious Education Program.*

\_\_\_ *En caso de una emergencia, entiendo que seré notificado por el personal de la parroquia. Si no se me puede notificar, se notificará a la (s) persona (s) mencionada anteriormente. Si no se puede contactar a mí ni a los contactos que he proporcionado anteriormente, doy permiso a la parroquia para que llame al personal médico necesario y les pida que administren los tratamientos / procedimientos médicos que consideren necesarios. In the event of an emergency, I understand that I will be notified by personnel from the parish. If I cannot be notified, the person(s) listed above will be notified. If neither myself, nor the contacts that I have provided above can be reached, I give permission to the parish to call the necessary medical personnel and have them administer any medical treatments/procedures they deem necessary.*

\_\_\_ *La parroquia de St. Joseph-St.Ladislao no es responsable fuera de clases cuando los niños estan sin supervision en el estacionamiento o en el patio de recreo de la escuela. At terminar las sesiones de educación religiosa, caminaremos a la iglesia de San José, esperamos que los padres esten ahí los recojan antes o despues de la Santa Misa. St. Joseph-St.Ladislaus' parish is not responsible at any time for children being left alone in the parking lot or school playground. After all Religious Education sessions will walk to St. Joseph-St.Ladislaus church to attend mass, after or before mass ought to meet with responsible parties/*

\_\_\_ *Doy permiso, o no doy permiso para que le tomen fotos a mi hijo(a) para el boletin, sitio internet, facebook de la parroquia . I give permission, or \_\_\_ I don't give permission for my child to be photographed for the parish bulletin, webpage etc.*

\_\_\_ *Entiendo que cualquier pago no es reembolsable. I understand that payments are not refundable*

**PARA USO DE OFICINA/FOR OFFICE USE**

Necesita Certificado/Certificate needed:

\_\_\_ Bautismo/Baptism

\_\_\_ 1era Comunión /1st Communion

Cantidad pagada/Amount paid: \_\_\_\_\_

Cuota/fee Registration: \$70

Extra for each child \$ 50.00

Estudiante de Primera Comunión /First Communion Student.

1<sup>er</sup>/st año/year  2<sup>do</sup>/nd año/year

Estudiante de Confirmación/Confirmation Student.

<sup>er</sup>/st año/year  2<sup>nd</sup> año/year  Post Comm/Post-Comm

Hermanos(as)/Siblings: \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Amount Received \_\_\_\_\_  Cash  Check# \_\_\_\_\_ Balance \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Amount Received \_\_\_\_\_  Cash  Check# \_\_\_\_\_ Balance \_\_\_\_\_