

Church of the Sacred Heart – Hartsdale, New York 10530

RELIGIOUS EDUCATION PROGRAM – REGISTRATION FORM

Programa de Educación Religiosa – Formulario de inscripción

Please check **ONE** (por favor marque **UNO**)

new (nuevo)

returning (retorna)

Family Name (nombre de familia): _____

Address (dirección): _____
Street (calle) _____ City (ciudad) _____ Zip (código postal) _____

Telephone (teléfono) _____
Home (casa) _____ Cell #1 (celular) _____ Cell #2 (cellular) _____

Email Address (correo electrónico): _____

| | | |
|--|------------------------------|--|
| First Child (1^{er} hijo/a) | D.O.B (fecha de nacimiento): | Grade in Sept. 2021 (grado en sept. 2021): |
| First Name (nombre) | _____ | Last Name (apellido) _____ |
| Second Child (2^o hijo/a) | D.O.B (fecha de nacimiento): | Grade in Sept. 2021 (grado en sept. 2021): |
| First Name (nombre) | _____ | Last Name (apellido) _____ |
| Third Child (3^o hijo/a) | D.O.B (fecha de nacimiento): | Grade in Sept. 2021 (grado en sept. 2021): |
| First Name (nombre) | _____ | Last Name (apellido) _____ |

Mother's Name (nombre de madre) _____ **Religion** (religión) _____

Mother's Maiden Name (nombre de soltera de madre) _____

Father's Name (nombre del padre) _____ **Religion** (religión) _____

| | Child #1 (hijo/a #1) | Child #2 (hijo/a #2) | Child #3 (hijo/a #3) |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|
| Baptized in Catholic Church? (¿Bautizado en una iglesia católica?) | YES NO | YES NO | YES NO |
| Celebrated First Penance? (¿Celebró primera confesión?) | YES NO | YES NO | YES NO |
| Received First Holy Communion? (¿Recibí primera comunión?) | YES NO | YES NO | YES NO |
| Has been in a religious program before? (¿Estuvo en un programa de educación religiosa antes?) | YES NO | YES NO | YES NO |
| If so, which Parish? (Si lo hizo, ¿en cual parroquia?) | _____ | | |
| Is the family registered in a Catholic Parish? (¿La familia está registrada en alguna parroquia Católica?) | YES NO | | _____ |
| If so, which parish? (¿Si están registrados, en cual parroquia?) | _____ | | |

Special Needs (necesidades especiales). Please indicate allergies, medical condition, medications, etc. (Por favor indique alergias, alguna condición medica, medicaciones, etc.)

Please note (Tome nota):

1. All of the above information is treated as confidential. (Toda información será tratada como confidencial.)
2. It is expected that your child attend Mass every Sunday. (Se espera que su niño/a asista a Misa cada domingo.)
3. Attendance is imperative; bring your child to classes every Sunday. (Asistencia es imperativa, traiga su niño/a a clases cada domingo.)

Dismissal Directives (directivas de la hora de salida – escoja uno y firme)

____ My/our child(ren) has/have permission to walk home from class. (Mi hijo/a tiene permiso para ir caminando a casa de las escuela.)

____ I/we will be picking up my/our child(ren) after class. (Yo/nosotros recogeremos a nuestro niño(s) despues de la clase.)

____ _____ will be picking up my/our child(ren) after class and activities.
(_____ recogerá a mi/nuestro niño(s) después de la clase.)

Signature _____
(firma)

Date _____
(fecha)

EMERGENCY INFORMATION (Informacion de emergencia):

Person that are to be contacted in case of an emergency (Persona que debe ser contactada en caso de emergencia) :

Name _____ Telephone _____ Relationship _____
(nombre) (telefono) (relación)

Doctor for Emergency (doctor de emergencia)

Name (nombre) _____ Telephone (telefono) _____

- *I request that the representative of the Parish Religious Education Program contact me at the above number. (Quiero que un representante del programa de educacion religiosa de la parroquia me contacte al numero de arriba.)*
- *If I'm unable to be reached, I hereby authorize such representative to call the physician above and follow his instructions or call Emergency Medical Services (EMS). (Si no me pudiera encontrar, por este medio autorizo a este representante que llame al doctor de arriba y siga sus instrucciones o llame al servicio medica de emergencia (EMS).)*
- *If it's impossible to contact this physician, the representative of the Parish Religious Education Program may take whatever action considered necessary (Si fuse imposible contactar este doctor, el representante del programa de educacion religiosa de la parroquia puede tomar la acción que considere necesaria.)*

Signature _____
(firma del padre o madre)

Date _____
(fecha)