

St. Mary of the Assumption Catholic Church

FORMA DE REGISTRO PARA EDUCACIÓN RELIGIOSA

Información del Estudiante

Nombre: _____ Sexo: M / F
(Apellido) (Primer) (Segundo) (Apodo)
 Dirección: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___
 Correo (si es diferente): _____ Edad y grado : ___/___
 Ciudad: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____
 Educación Religiosa Anterior: _____
(¿Dónde/Cuándo?)
¿Necesita el estudiante atención ó trato especial por razones médicas, de comportamiento ó físicas? Si / No
(Si respondió sí, por favor explique) _____

Información de Padre/Guardián

Nombre de Padre/Guardián: _____ Religión: _____
(Apellido) (Primer)
 Número de Teléfono: (Trabajo): _____ (Celular): _____
 Nombre de Mamá/Guardián: _____ Religión: _____
(Apellido) (Primer) (Apellido de soltero)
 Número de Teléfono: (Trabajo): _____ (Celular): _____
 Padres/Guardianes están: Casados__ No están casados__ Separados__ Divorciados__ Viudo (a)__
 Si están casados, por favor indique: Civil (solamente)__ Iglesia Católica__ (su respuesta es confidencial)
 El estudiante vive con: Los dos Padres/Guardianes__ Padre (solamente)__ Madre (solamente)__ Otro: _____
 Correo Electrónico de Familia: _____

Por favor proporcione dos números de teléfono celular y un correo electrónico para mandar información sobre el programa

Celular 1: (____) _____ - _____ Celular 2: (____) _____ - _____

Correo Electronico (Email) 1: _____ @ _____ Email 2: _____ @ _____

IMPORTANTE NO DEJE EN BLACO ESTA PARTE

Información de Emergencia (Personas adultas en caso de emergencia)

Nombre: _____ Relación al estudiante: _____
 Número de Teléfono: (Casa) _____ (Celular) _____ (Otro) _____
 Nombre: _____ Relación al estudiante: _____
 Número de Teléfono: (Casa) _____ (Celular) _____ (Otro) _____

¡ALTO! PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE

Name of your Catechist (if any): _____

Day: _____

Comments: _____

Amount Paid : \$ _____ Check # _____ Cash _____ Card: _____

Outstanding Balance: _____ Date: ___/___/___

Program Placement:

FC: _____ Year: _____

RCIA/RICA: _____

Confirmation: _____ Year: _____

Documents:

Baptism: _____ F.C. _____ Conf. _____

AUTORIZACIÓN MÉDICA
(SEGÚN A LA SECCIÓN 25.8 DEL CÓDIGO CIVIL DE CALIFORNIA)

Los firmantes autorizan al **Programa de Educación Religiosa de St. María de la Asunción**, como agentes de los firmantes para dar su consentimiento para cualquier examen de rayos x, anestésico, cuidado médico, dental o diagnóstico quirúrgico o tratamiento y cuidado de hospitalización para el menor mencionado arriba que se le estime conveniente y someta a la supervisión general o especial de cualquier médico o cirujano con licencia bajo la disposición del **Medicine Practice Act**, Acto Practica Médico, o cualquier dentista registrado bajo el **Dental Practice Act**, Acto de Practica Dental, en un hospital o cualquier otro lugar.

Esta autorización se mantendrá vigente mientras el menor mencionado arriba este bajo cuidado del **Programa de Educación Religiosa de St. María de Asunción**, al menos que sea revocado en escrito el padre o madre del menor firmantes.

Alergias, incluyendo reacciones a medicamento: _____

Restricciones a actividades: _____

FIRMA DE PADRE/GUARDIAN

FECHA

FORMA DE PERMISO

Yo autorizo a mi hijo/a ha participar en las actividades patrocinadas por el Programa de Educación Religiosa de la Iglesia Católica St. María de la Asunción. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a: los retiros, días de juventud, recaudación de fondos, proyectos de servicio y actividades sociales.

Por la presente, declaro que no haré responsable a St. Mary of the Assumption Church de cualquier y todos los reclamaciones por lesiones personales o daños que la propiedad pueda causar a mi hijo(a) como resultado de su participación en estas actividades.

Esta autorización se mantendrá vigente mientras el menor mencionado arriba este bajo cuidado del **Programa de Educación Religiosa de St. María de la Asunción**, al menos que sea revocado en escrito el padre o madre del menor firmantes.

SI

NO

Iniciales : _____

Fecha: Año 2019-2020

PERMISO PARA TOMAR FOTOS

Yo, autorizo para que tomen fotografías, video, o cualquier otro tipo de recuerdos de cualquier evento patrocinado por el programa de Educación Religiosa de St. Mary of the Assumption Catholic Church, sobre la participación de mi hijo, y de la publicación o cualquier otro uso de estas. Yo, por este medio, renuncio a cualquier derecho de indemnización, por lo tanto, a cualquier derecho que de otro modo podría tener para limitar o controlar la producción o uso de dichos medios como se especificó anteriormente.

Esta autorización se mantendrá vigente mientras el menor mencionado arriba este bajo cuidado del **Programa de Educación Religiosa de St. María de la Asunción**, al menos que sea revocado en escrito por el padre o madre del menor.

SI

NO

Iniciales : _____

Fecha: Año 2019-2020

Para los Candidatos de Confirmación Solamente:

Yo, doy permiso para que mi hijo(a) firme por si mismo la entrada y salida de la clase de Educación Religiosa y de actividades. Yo entiendo que el/ella no saldrá de clase antes de la hora establecida a menos que yo lo pida por escrito.

También entiendo que la iglesia de St. María de la Asunción y que los catequistas que trabajan a nombre de la iglesia no se harán responsables por mi hijo(a) después que han firmado su salida de clase. Esta autorización se mantendrá vigente mientras el menor mencionado arriba este bajo cuidado del **Programa de Educación Religiosa de St. María de la Asunción**, al menos que sea revocado en escrito por el padre o madre del menor.

Sinceramente,

SI

NO

Iniciales : _____

Fecha: Año 2019-2020



A: Los Padres de familia
DE: La Oficina de Educación Religiosa
ASUNTO: Programa *Seguridad en el Contacto Físico*

La Oficina de Educación Religiosa presentará un programa de prevención de abuso sexual, el programa *Seguridad en el Contacto*, a nuestros estudiantes. Los creadores del programa *Protegiendo a los Niños de Dios™* desarrollaron el programa *Seguridad en el Contacto*. Este programa está patrocinado por la Arquidiócesis de Los Ángeles, y es parte de nuestra tarea continua de crear y mantener un entorno seguro para los niños y proteger a todos los niños del abuso sexual.

La lección programada se ofrece a todos los estudiantes de RICA, RCIA, Primera Comunión, y Confirmación. Como padre, usted tiene el derecho a determinar si su estudiante participa. Lo invitamos a leer la “descripción general” y el “plan de la lección” anexos para que usted conozca la naturaleza del programa *Seguridad en el Contacto*. Si usted tiene preguntas sobre el programa o la lección, por favor comuníquese con Juan Pablo García al número (805) 925-2007. Si usted determina que usted **NO DESEA** que su hijo participe, por favor llene el formulario de “exclusión” al final de esta página, y devuélvalo al catequista de su hijo/a.

Para más información sobre el programa *Seguridad en el Contacto*, visite la página Internet *VIRTUS Online™* en www.virtus.org.

La Oficina de Educación Religiosa **SI** tiene mi permiso para presentar el programa *Seguridad en el Contacto* a mi hijo cuyo nombre es _____.

Nombre del Padre o Madre
(letra imprenta): _____

Firma del Padre o Madre: _____

Fecha: _____

Formulario de exclusión del programa *Seguridad en el Contacto*:

La Oficina de Educación Religiosa **NO** tiene mi permiso para presentar el programa *Seguridad en el Contacto* a mi hijo cuyo nombre es _____.

Nombre del Padre o Madre
(letra imprenta): _____

Firma del Padre o Madre: _____

Fecha: _____



ST. MARY'S CATHOLIC CHURCH
OFFICE OF RELIGIOUS EDUCATION

I _____ have read the information in the parents handbook and acknowledge and accept the responsibilities and requirements that the First Communion Program of this Church has placed before me.

Parent/Guardian signature: _____ Date: _____

Yo _____ he leído la información del libro guía para padres de familia y soy consciente de aceptar las responsabilidades y requisitos de la Oficina del Programa de Primera Comunión de esta Parroquia

Firma: _____ Fecha _____