



ST. PAUL CATHOLIC CHURCH

8720 Florin Rd (Physical Address)

Sacramento, CA 95828

P.O. Box 292280 (Mailing Address)

Sacramento, CA 95829

Tel. Nos.: (916) 381-5200 (office); (916)-381-0332 (fax);

e-mail: saintpaulcatholic@comcast.net; website: www.stpaul-florin.org

1 junio 2020

Queridos Padres /Tutores:

¡Feliz día de la Santísima Virgen María, Madre de la Iglesia!

Espero que esta carta los encuentre bien y seguros en casa. En nombre del P. Joyle Martinez, nuestro pastor, el personal de la parroquia y los catequistas.

Me gustaría expresar mi sincero agradecimiento y aprecio por su esfuerzo y colaboración para el bienestar espiritual y la formación de su hijo / hijos.

Lamento que no tuvimos un cierre formal en el aula estableciendo del programa de formación en la fe este año catequético.

Sin embargo, todavía estamos agradecidos de que la mayoría de nosotros logramos hacer nuestras clases virtuales en línea, en mensaje de grupo y de texto, llamadas telefónicas y otros medios de comunicación. Gracias por su paciencia, comprensión y apoyo durante este tiempo difícil de crisis pandémica. Hacemos oración para que por intercesión de la Bienaventurada Virgen María, la Madre de la Iglesia y nuestra Madre, la crisis global que estamos experimentando ahora llegue pronto a su fin.

La celebración de los sacramentos de iniciación está programada para el otoño. Nos comunicaremos con ustedes tan pronto como tengamos el horario establecido para que podamos preparar a su hijo / hijos para el Servicio de Penitencia. También pueden consultar nuestro sitio web www.stpaul-florin.org para información y actualizaciones.

Este año escolar 2020-2021 podría ser un entorno único para nuestros estudiantes. Sin embargo, les damos la bienvenida a todos regístrese para continuar el proceso de nuestro programa de formación en la fe. Estamos obligados a cumplir con las directivas del Estado y la Diócesis en catequizar a nuestros niños con medidas de precaución.

Aunque las inscripciones comenzaran oficialmente en julio del 2020, pueden registrar a sus hijos temprano. Complete el formulario adjunto a su conveniencia y envíelo con su pago a la oficina parroquial.

Si paga con cheque, hágalo a nombre de la Iglesia Católica St. Paul.

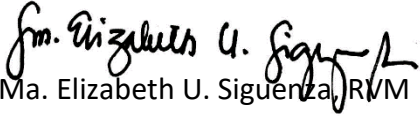
Cuota de inscripción - \$ 95.00 (no reembolsable)



Tarifa de confirmación - (Retiro) - \$ 75.00, Conferencia Juvenil (Fire Up) \$ 35.00

Tarifa de comunión - \$ 25.00

También necesitamos nuevos catequistas (principales y asistentes). Te invitamos a unirte a nuestro ministerio Catequético. Si estás interesado, por favor complete el siguiente formulario.

Sinceramente en Nuestra Señora,


S. Ma. Elizabeth U. Siguenza, RVM
Directora del programa de Educación Religiosa

 _____ Por favor corte esta porción y regrésela _____ 

Estoy interesado en unirme al Ministerio de Formación en la Fe como catequista en el próximo año escolar 2020-2021.

Nombre: _____ (escriba en letra de molde)

de Teléfono: _____ (Casa) _____ (Celular)

Dirección electrónica: _____

Nuevo
 Regresa

PARROQUIA DE SAN PABLO
8720 Florin Road, Sacramento, CA 95828
FORMA DE INSCRIPCION PARA LA FORMACION DE LA FE CATOLICA
CURSO 2020/2021

Fecha _____ # de sobre _____

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____

Nombre del Papá/Guardián _____ #Tel. Casa _____ #Tel. Celular _____ Correo Electrónico _____

Nombre de la Mamá/Guardián _____ # Tel. Casa _____ # Tel. Celular _____ Correo Elec _____

Estado Civil de los Padres: Casados _____ Iglesia: _____ Civil: _____ Viuda(o): _____ Soltero(a): _____ Divorciado(a): _____ Requisito
() Padre o Madre () Tutor () Padre Adoptivo

En caso de ser Padre adoptivo Número de Licencia: _____

Grado o nivel de Escuela del estudiante _____ Escuela a la que asiste _____

Nivel de Catecismo al que lo quiere registrar _____ Día de clase viernes Hora 6:30 -8:00 p.m.

Pago de Registro: (No es reembolsable): Nuevos \$110.00 Regresan \$95.00	Otros pagos: Retiro de Confirmación = \$75.00 Comunción \$25.00
--	---

Para uso oficial del Programa de Formación solamente:

___ Certificado de Bautismo: Fecha _____ Iglesia _____ Lugar _____

___ Certificado de Primera Comunción: Fecha _____ Iglesia _____ Lugar _____

___ Constancia primer año de formación: SI NO

Pago de la Registración: Cantidad _____ Efectivo _____ Cheque # _____ Recibo # _____

Persona que Inscribió: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN DE SALUD EN CASO DE EMERGENCIA

En ausencia de los Padres:

Persona responsable del estudiante: _____ Teléfono _____ relación con el estudiante _____

Alergias: Si No a que: _____

¿Toma Medicamentos? SI NO ¿Cuáles? _____

Hora y dosis del medicamento: _____

Fecha de la última vacuna del tétano (Mes/Año): _____

¿TIENE SU NIÑO(A) ALGUN PROBLEMA DE SALUD O DE APRENDIZAJE? SI NO Si su respuesta es Sí, Explique cuál es:
(Por ejemplo, convulsiones, asma, alergias, incapacidad visual, o de oído, deficiencia de atención, hiperactividad (ADHD) dificultad en la lectura o en la escritura, corto periodo de atención, etc.)

POR FAVOR INDIQUE QUE TIPO DE ACCIÓN LE GUSTARIA QUE SE TOMARA EN CASO DE UNA EMERGENCIA (MARQUE #1 o #2)

1. En caso de un accidente u otra emergencia: Cuando un padre de familia no está disponible físicamente, por medio de la presente declaración autorizo a un representante de la Iglesia de San Pablo para hacer los arreglos que él / ella considere necesario para que mi hijo(a) reciba la ayuda médica necesaria, hospitalización y transportación según se necesite. Bajo estas circunstancias, Yo autorizo al médico nombrado en esta forma para que de cuidado y tratamiento que él o ella considere necesario para mi hijo(a). En el caso de que el doctor nombrado en esta forma no esté disponible en ese momento, yo autorizo de antemano cualquier tipo de tratamiento que sea realizado por cualquier doctor o cirujano acreditado. Con mi firma en este documento yo acepto la completa responsabilidad de cualquier costo.

COMPAÑÍA DE SEGURO

DE IDENTIFICACION MEDICA

NOMBRE DEL DOCTOR

#TELEFONO DEL DOCTOR

2. Yo no acepto la declaración mencionada arriba, yo deseo que se tome la siguiente acción: _____

X _____
FIRMA DEL PADRE/TUTOR

FECHA