

PROGRAMA DE EDUCACIÓN RELIGIOSA DE PARROQUIA SAN JUAN BOSCO: SJB PREP

16 Washington Street Port Chester, NY 10573

Teléfono: 914-881-1404



2020-2021 Registro de niños (Página 1)

Niño Nm: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Tel. de casa: _____

_____ Nivel Reled: _____

2020-21 año escolar del niño: _____ Escuela: _____

Año de comunión (por favor circule): 1, 2, 3

Día y hora para las SESIONES de educación religiosa: (marque uno)

Los grados 1-6: Lunes, martes, miércoles, jueves 3:30-4:30pm, 5:00-6:00pm, o sábado 9:30am-10:30am

Los grados 6, 7, 8: Lunes, jueves 6:30-7:30pm o sábado 9:30am-10:30am

Nombre y grado de sus otros hijos en el programa: _____

**** El registro, las tarifas sacramentales y la copia del certificado de bautismo deben acompañar el registro ****

Las tarifas de registro y los depósitos no son reembolsables.

Cuota de inscripción: \$ 100-1º niño, 2 niños - \$ 175, 3 niños - \$ 225 (\$ 25 de recargo después del 8/13/20)

Tarifa sacramental: \$100 Confirmation, \$50 Reconciliation, \$50 First Holy Communion

Hacer sus cheques a nombre de: **Parroquia de San Juan Bosco**

Información de la madre	Información del padre
Primer Nombre: _____	Primer Nombre _____
Nm de soltera: _____	Apellido: _____
Tel. móvil: _____	Tel. móvil: _____
Tel. del trabajo: _____	Tel. del trabajo: _____
Correo electrónico: _____	Correo electrónico: _____
Religión: _____	Religión: _____

INFORMACIÓN SACRAMENTAL

Bautismo (se requiere copia del certificado con NUEVO registro)

Iglesia: _____

Dirección: _____

Fecha: _____

_____ **Mi hijo(a) necesita ser bautizado**

Mi hijo(a) asistió al catecismo en otro lugar el año pasado

Iglesia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Comunión (copia del sacramento recibido en otra parroquia)

Iglesia: _____

Dirección: _____

Fecha: _____

Sólo para uso de oficina

Día / hora de la sesión: _____

Emergencia y autorización de recogida _____

Fecha de pago recibido ___ Ch # ___ Efectivo ___

Pago con tarjeta de crédito desde la página web _____

PROGRAMA DE EDUCACIÓN RELIGIOSA DE PARROQUIA SAN JUAN BOSCO: SJB PREP

16 Washington Street Port Chester, NY 10573

Teléfono: 914-881-1404



Educación, registro médico y de emergencia (página 2)

El correo debe estar dirigido a: Madre y Padre Solo Madre Solo Padre

Comunicación de texto y voz: (marque uno) Inglés Español Cualquiera

¿Podemos tener permiso para fotografiar a su hijo? Si No

El niño(a) reside con: Madre y padre Madre Padre Otro - Especifique _____

¿Existe una orden para limitar el acceso al padre sin custodia? Si No En caso afirmativo, indique el nombre del padre sin custodia: _____

¿Quién puede RECOGER a los niños al final de la sesión de PREP? El niño NO será despedido a nadie cuyo nombre NO esté en esta lista. Si necesita agregar a alguien, se requiere una nota.

Nombre _____ Tel _____ Nombre _____ Tel _____

Mi hijo(a) tiene	IEP <input type="checkbox"/> 504 Plan <input type="checkbox"/> ADD <input type="checkbox"/> ADHD <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/>
	<i>Proporcione documentación para que podamos instruir mejor a su hijo</i>

Doctor para emergencias	_____
Números telefónicos del médico	_____

En caso de emergencia: *Persona de contacto si no se puede contactar al padre / tutor legal. (Déle a su contacto de emergencia la hora específica de la Sesión de Ayuda del niño)*

Nm del contacto de emergencia	_____
Relación al niño	_____
Teléfono de casa y trabajo	_____
Teléfono móvil	_____

Mi hijo tiene	<input type="checkbox"/> Alergias a los alimentos <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Otro
Explica más por favor:	Lista de alergias y curso de acción:
Medicamentos?	Siempre que se administren medicamentos de emergencia, se llamará al "911" sin excepción.

Procedimiento a seguir si esta condición se convierte en una emergencia: entiendo que en caso de una emergencia, se llamará al "911" y el Director de Educación Religiosa o su designado llamará a una ambulancia. En caso de accidente o enfermedad, solicito que el representante del programa catequético de la parroquia se comunique conmigo. Si no puedo ser contactado, autorizo a este representante a llamar al médico indicado y a seguir las instrucciones del médico. Si es imposible contactar a este médico, el representante de la oficina catequética de la parroquia puede hacer los arreglos necesarios. Acepto asumir la responsabilidad financiera de cualquier diagnóstico, tratamiento y / o medicamento que se considere necesario. Hasta donde sé, toda la información proporcionada es precisa y completa. Por la presente consiento y autorizo los procedimientos necesarios que se han indicado anteriormente.

Firma del padre: _____ Fecha: _____