

St. Francis of Assisi Church

REGISTRO DE LA FAMILIA 2018-2019

860 Oak Grove Road • Concord, CA 94518 - 925-682-5447 ext. 324 • Fax 925-682-5491

POR FAVOR Regrese esta forma COMPLETAMENTE llena junto con: copia de Cert. de Bautismo antes de 10/7/18

Letra de molde Esta sección es para los Padres / Tutores responsables de los niños registrados abajo:

Papá / Tutor: Apellido _____
Nombre _____

Mamá / Tutor Apellido _____
Nombre _____

Teléfono Casa: _____ Cell: _____

Teléfono Casa: _____ Cell: _____

Dirección y # Apt.: _____

Dirección y # Apt.: _____

Ciudad/Código: _____

Ciudad/Código _____

Correo Electrónico: _____

Correo Electrónico: _____

INFORMACION PERSONAL DE LOS PAPAS / TUTORES

Estado Civil de los Padres: _____

Religión de ambos: _____

Idioma principal de los padres ó tutor: _____

Nacionalidad de ambos: _____

Ocupación de ambos: _____

Fecha de Nacimiento de cada uno: _____

Si son separados/divorciados; quien tiene la custodia de los estudiantes: _____

Papá: Indique cual Sacramento ha recibido: ✓

Bautismo _____ 1era Comunión _____

Reconciliación _____ Confirmación _____

Matrimonio Católico _____ Ningún Sacramento _____

Mamá: Indique cual Sacramento ha recibido: ✓

Bautismo _____ 1era Comunión _____

Reconciliación _____ Confirmación _____

Matrimonio Católico _____ Ningún Sacramento _____

INFORMACION DEL ESTUDIANTE (S): Por favor llene cada espacio para cada uno de su(s) hijo/a/s.

Nombre Completo: _____

Apellido: _____

Fecha de Nacimiento	Indique cual Sacramento ha Recibido:	✓	Indique si este estudiante se esta registrando en los siguientes programas:	✓
Religión	Bautismo		1er Año de Catequesis	
Género (F/M)	Reconciliación(confesión)		2do Año de Catequesis	
Ciudad de Nac.	Primera Comunión		Teen Sacrament Year One	
Idioma	Confirmación		Teen Sacramento Year Two	
Escuela	Ningún Sacramento		RICA	
Grado Escolar	Otros:		Educación Especial	

¿Está su hijo en un programa de Educación Especial en su escuela actual? Si ___ No ___ Si respondió que Si, incluya IEP reciente.

Nombre Completo: _____

Apellido: _____

Fecha de Nacimiento	Indique cual Sacramento ha Recibido:	✓	Indique si este estudiante se esta registrando en los siguientes programas:	✓
Religión	Bautismo		1er Año de Catequesis	
Género (F/M)	Reconciliación(confesión)		2do Año de Catequesis	
Ciudad de Nac.	Primera Comunión		Teen Sacrament Year One	
Idioma	Confirmación		Teen Sacramento Year Two	
Escuela	Ningún Sacramento		RICA	
Grado Escolar	Otros:		Educación Especial	

¿Está su hijo en un programa de Educación Especial en su escuela actual? Si ___ No ___ Si respondió que Si, incluya IEP reciente.

Nombre Completo: _____

Apellido: _____

Fecha de Nacimiento	Indique cual Sacramento ha Recibido:	✓	Indique si este estudiante se esta registrando en los siguientes programas:	✓
Religión	Bautismo		1er Año de Catequesis	
Género (F/M)	Reconciliación(confesión)		2do Año de Catequesis	
Ciudad de Nac.	Primera Comunión		Teen Sacrament Year One	
Idioma	Confirmación		Teen Sacramento Year Two	
Escuela	Ningún Sacramento		RICA	
Grado Escolar	Otros:		Educación Especial	

¿Está su hijo en un programa de Educación Especial en su escuela actual? Si ___ No ___ Si respondió que Si, incluya IEP reciente.

¿TIENE OTROS HIJOS EN OTRO PROGRAMA DE SAN FRANCIS? No Sí : _____

Por favor escriba su cheque a nombre de:

St. Francis of Assisi Church - \$90 POR ESTUDIANTE

Descuento por Familia de **3 estudiantes o más \$200 por año.**

"Si el pago no está totalmente cancelado **antes de Dic. 14, 2018; se cobrará \$20 dólares adicionales por CADA estudiante.**"

INICIAL QUE LEI Y ENTENDI POLIZA DE PAGO _____

For Office use only

Received by: _____

1st Pymnt. Date & \$: _____ Receipt # _____ Cash or Chk# _____

2nd Pymnt. Date & \$: _____ Receipt # _____ Cash or Chk# _____

Notes:

DIOCESIS DE OAKLAND
AUTORIZACION DE LOS PADRES DE FAMILIA, AUTORIZACION PARA
ATENCION MEDICA EN CASO DE EMERGENCIA Y CONVENIO DE EXENSION DE RESPONSABILIDAD.
(Consérvese una copia de esta forma durante todas las actividades de este Ministerio)

EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR A (otra persona que no sean los papás o responsables):

Nombre _____ Parentesco con la familia: _____
Teléfono _____ Dirección _____

INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD

Indique si usted autoriza que el adulto encargado de su hijo/hija permita su tratamiento médico en caso de emergencia si un médico así lo recomienda.

SI ___ NO ___

Explique la razón o las razones por las cuales usted no quiere atención médica para su hijo/hija en caso de emergencia.

Indique para **CADA UNO DE SUS HIJOS** si ha/n padecido o padece de los siguientes problemas médicos (anote solo los que sean necesarios)

Nombre de el/la menor _____ Fecha del último examen médico: _____

Asma ___ Desmayos ___ Epilepsia ___ Diabetes ___ Corazón ___ Ojos ___ Oídos ___ Nariz ___ Garganta ___ Pulmones ___ Digestión ___ Problemas menstruales ___ Anote las condiciones (como alergias, ataques físicos) por los cuales su hijo/hija requiere medicamento actualmente. Favor de indicar:

(1) el tipo de medicamento, (2) la dosis y (3) la frecuencia de administración: _____

Nombre del médico de la familia _____ Teléfono _____ Dirección: _____

Plan médico _____ Número de plan _____

Anote cualquier limitación o impedimento físico que pueda causarle a su hijo/hija dificultades tocantes a su participación en las actividades parroquiales o deportivas de SAN FRANCIS. _____

Nombre de el/la menor _____ Fecha del último examen médico: _____

Asma ___ Desmayos ___ Epilepsia ___ Diabetes ___ Corazón ___ Ojos ___ Oídos ___ Nariz ___ Garganta ___ Pulmones ___ Digestión ___ Problemas menstruales ___ Anote las condiciones (como alergias, ataques físicos) por los cuales su hijo/hija requiere medicamento actualmente. Favor de indicar:

(1) el tipo de medicamento, (2) la dosis y (3) la frecuencia de administración: _____

Nombre del médico de la familia _____ Teléfono _____ Dirección: _____

Plan médico _____ Número de plan _____

Anote cualquier limitación o impedimento físico que pueda causarle a su hijo/hija dificultades tocantes a su participación en las actividades parroquiales o deportivas de SAN FRANCIS. _____

Nombre de el/la menor _____ Fecha del último examen médico: _____

Asma ___ Desmayos ___ Epilepsia ___ Diabetes ___ Corazón ___ Ojos ___ Oídos ___ Nariz ___ Garganta ___ Pulmones ___ Digestión ___ Problemas menstruales ___ Anote las condiciones (como alergias, ataques físicos) por los cuales su hijo/hija requiere medicamento actualmente. Favor de indicar:

(1) el tipo de medicamento, (2) la dosis y (3) la frecuencia de administración: _____

Nombre del médico de la familia _____ Teléfono _____ Dirección: _____

Plan médico _____ Número de plan _____

Anote cualquier limitación o impedimento físico que pueda causarle a su hijo/hija dificultades tocantes a su participación en las actividades parroquiales o deportivas de SAN FRANCIS. _____

SE RECOMIENDA INSISTENTEMENTE QUE CADA MENOR TENGA UN EXAMEN MEDICO ANTES DE PARTICIPAR EN CUALQUIER ACTIVIDAD DEPORTIVA. PERMISO DEL PADRE O DE LA MADRE, DE LOS RESPONSABLES Y RECONOCIMIENTO DE LOS REQUISITOS PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE EDUCACION RELIGIOSA

- Yo/nosotros, padre/madre/responsables doy/damos autorización y permiso a nuestro/a hijo/a nombrado/a anteriormente en este documento para que participe en el programa de: **CATEQUESIS** y en todas las actividades relacionadas con dicho Ministerio.
- Yo/nosotros consiento/consentimos a instruir a mi/nuestro/a hijo/a para que coopere y siga las instrucciones del personal o de los líderes mayores voluntarios en el Ministerio de **Educación Religiosa de San Francis**.
- Yo/nosotros consiento/consentimos a ser responsables por todos los gastos médicos relacionados con la herida o heridas de mi/nuestro/nuestra/o hijo/a, como resultado de cualquier actividad del **Ministerio de Catequesis**, ya sean o no sean causadas por la negligencia de la parroquia, del personal, agentes o voluntarios u otros participantes en el programa de **Educación Religiosa**. También, nos hacemos responsable de gastos adquiridos por causa del daño cometido por nuestro hijo/a/s a la propiedad, instalaciones, equipos, etc... de la Parroquia o Escuela de San Francis.
- Yo/nosotros comprendo/comprendemos que menores que participan en las actividades del ministerio juveniles se arriesgan a lastimadura del cuerpo, o a la psique y a daño a la propiedad a sí mismos y a otros. Tales lastimaduras pueden resultar causadas por compañeros de clases, otras personas o infligidas por casualidad o intencionalmente por instalaciones o equipo defectuosos, condiciones físicas del ambiente deportivo o de las escuelas o parroquias en las cuales tienen lugar las actividades deportivas y accidentes de tránsito cuando hay necesidad de transportación o por la actividad misma. Que el padre, la madre o responsable ha leído este Convenio, **bajo su propia voluntad firman el Convenio**, y que no se han hecho ningunas declaraciones, afirmaciones ni instigaciones verbales aparte del contenido de este Convenio escrito.

He leído este Convenio y comprendo todo lo escrito anteriormente.

_____ Fecha _____
Firma del padre, o del responsable

_____ Fecha _____
Firma de la madre o de la responsable