

# Formación de Fe 2015-2016

## Forma de Inscripción Estudiantil

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_

Sexo: Femenino/Masculino

Nombre del Padre/s con quien vive: \_\_\_\_\_

Numero celular del Padre/s: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Niño/a habla: \_\_\_\_\_ Inglés \_\_\_\_\_ Español \_\_\_\_\_ Ambos

Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_ Clase de necesidades especiales: \_\_\_Si \_\_\_No

**Sacramentos Recibidos:** \_\_\_\_\_ Bautismo \_\_\_\_\_ 1ra Reconciliación / 1ra Eucaristia \_\_\_\_\_ Confirmación

Fue bautizado Católico su hijo/a?

\_\_\_\_ (Si) Nombre de Parroquia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ (No) Cual denominación \_\_\_\_\_ Iglesia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**La Ultima Clase de Formación de Fe que atendió...**

\_\_\_\_ Este es mi primer año en la programa de Formación de Fe

\_\_\_\_ Si he atendido a clases de Formación de Fe la ultima fue: \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_ grado \_\_\_\_\_  
Where?

**Enscriba mi hijo/a en la siguiente programa/s de Formación de Fe...**

### **FORMACION EN LA FE:**

\_\_\_\_ Elemental (Grados Pre-K a 5to)

INGLES- Domingos 8:30-9:45 am

\_\_\_\_ Elemental (Grados Pre-K a 5to)

ESPAÑOL- Domingos 10:30-11:45 am

\_\_\_\_ EDGE (Junior High 6-8)

INGLES Solamente- Domingos 6:15-8:15 pm

\_\_\_\_ LIFE TEEN (High School 9-12)

INGLES Solamente- Domingos 6:15-8:15 pm

### **PREPARACION SACRAMENTAL:**

\_\_\_\_ Stage 1

\_\_\_\_ Stage 2

\_\_\_\_ RICA para niños (Grados 2-12)

\_\_\_\_ Reconciliación y Eucaristía (Grados 2-5)

INGLES \_\_\_\_\_

ESPAÑOL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Reconciliación y Eucaristía (Grados 6-12)

\_\_\_\_ Confirmación (Grados 9-12)

DOMINGOS (3:15 pm) \_\_\_\_\_ MIERCOLES (7pm) \_\_\_\_\_

### **Consentimiento para Video y Fotografía**

Como padre/guardián, entiendo que se van a tomar fotos y hacer videos promocionales (individuales y de grupo). Le doy permiso a mi hijo (a) para que se tome fotos y salga en videos que serán usados como materiales promocionales (boletines, internet, calendarios, presentaciones, videos, etc.) destacando los eventos durante Formación de Fe.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **Aceptacion del Manual y Calendario**

Como padre/guardian, confirmo que he leído el manual de la Formacion en la Fe y entiendo mis responsabilidades para asegurarme de que mi hijo/a tenga una experiencia positiva y participe en los programas y actividades de Formacion en la Fe. Tambien he leído y entiendo los requisitos que mi hijo/a necesita cumplir en preparacion para recibir uno o todos los Sacramentos de Iniciacion. Tambien he recibido un calendario por programa con todas las fechas de la formacion en la fe y las clases de preparacion de Sacramentos.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **Consentimiento Medico**

#### **Información Medica**

Yo, garantizo del mejor de mis conocimientos que mi hijo (a) esta en buena salud y asumo toda la responsabilidad de la salud de mi hijo (a). De la siguiente información médica solo firme la que usted este de acuerdo.

#### **Tratamiento de Emergencia Medica**

En caso de una emergencia, doy por este medio el permiso de trasladar a mi hijo (a) a un hospital para tratamiento medico o quirúrgico de emergencia. Deseo ser consultado antes de cualquier tratamiento adicional por el hospital o doctor. En caso de una emergencia, y usted no puede encontrarme, llama a:

\_\_\_\_\_  
Nombre y Relación

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Doctor de familia

\_\_\_\_\_  
Teléfono

#### **Información de Condiciones Medicas (se mantendrá confidencial):**

Mi hijo(a) tiene: \_\_\_\_\_

- ¿Ha tenido un episodio de los siguientes o ha sido diagnosticado?: \_\_\_\_ Convulsiones \_\_\_\_ Asma \_\_\_\_ Diabetes
- Reacciones alérgicas a los siguientes: Alimentos, tintes, etc. \_\_\_\_\_
- Ha tenido una cirugía medica en los últimos 6 meses? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No
- ¿Aun bajo cuidado médico? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No
- ¿Tiene una dieta de prescripción médica? \_\_\_\_\_
- Limitaciones físicas siguientes: \_\_\_\_\_
- Vacunas actualizadas): \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No Fecha Tétano: \_\_\_\_\_
- Usted debería estar enterado de estas condiciones medicas de mi hijo(a): \_\_\_\_\_

En caso de que mi hijo requiera la atención de un adulto o del personal responsable en dicho evento debido a síntomas tales como: dolor de cabeza, vomito, dolor de garganta, fiebre, o diarrea, deseo ser informado inmediatamente. Si la llamada es larga distancia deseo que se me llame por cobrar (yo seré responsable por el costo de la llamada). Yo entiendo y firmo libremente las declaraciones escritas en este consentimiento parental e información medica.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **Autorización Para Recoger Estudiante** – Los siguientes tienen permiso para recoger mi niño/s:

\_\_\_\_\_  
Nombre y Relación

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Nombre y Relación

\_\_\_\_\_  
Teléfono