

Office Use Only1st Year 2ndYear **Confirmation**1st Yr. Second Yr. **Certificates Received**Birth Cert. Baptism

Year 20 ____ - 20 ____

Registration Entered (connect now) Date _____

† Iglesia Católica San Francisco Xavier †

1475 La Salle Avenue ~ Seaside, California 93955 ~ Telephone (831) 394. 8546 ~ Fax (831) 394.5414

Inscripción Educación Religiosa ~ Grados 1~12**POR FAVOR IMPRIMIR CLARAMENTE****Apellido de Familia** _____

Domicilio / Apt. #

Cuidad

Código Postal

(____) _____
Número de teléfono-casa(____) _____
Trabajo_____
Correo electrónico

Nombre del Padre _____ Celular _____

Nombre de la Madre _____ Celular _____
Con apellido de solteraInscripción: donación para ayudar el programa: Un (1) niño; \$ 50.00 Dos (2) niños; \$ 70.00Tres (3) niños; \$ 80.00 Cuatro (4) niños o más; \$ 85.00

Receipt # _____

 Cash Check # _____¿Ustedes están registrados en la Iglesia Católica San Francisco Xavier? Sí No¿Asistió su hijo(a) al Catecismo, en esta Parroquia, el Año pasado? Sí No

Nombres completos de Niño(a)	Grado	Fecha Nacimiento Mes / Día / Año	Ha sido Bautizado		Ha recibido Primera Comunión	
			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
1. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
2. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
3. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
4. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Para los padres de familia - ¿Puede ayudar en el programa? Marque en qué forma puede ayudar. Maestro(a): Kínder a Quinto Grado Sexto a Secundaria Ayudante de maestro(a) Ayudar en la oficina Otra forma de AyudaArchival Entries after completion of sacrament / Date entered into Connect Now _____

Book _____ Pg. _____, No. _____, Book _____ Pg. _____, No. _____, Book _____ Pg. _____ No. _____

Sacrament(s) completed on _____

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR ATENCION MÉDICA

PARA DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN RELIGIOSA

Yo (nosotros) los padres infrascritos o guardianes legales de un menor de edad

Imprimir el nombre completo del niño(a)

Doy mi autorización a un Representante de la **DIÓCESIS DE MONTEREY Parroquia San Francisco Xavier** para actuar como agentes para el infrascritos, para autorizar rayos X, anestesia, diagnósticos médicos, y quirúrgicos o tratamiento y hospitalización bajo la supervisión general o específica del médico y cirujano, del hospital con licencia bajo las estipulaciones de la Ley de Practica de la Medicina de California, para que el Personal médico de un hospital acreditado que sea diagnosticado o tratado, ya sea en la oficina de dicho médico o en dicho hospital. Yo doy al Representante de la **DIÓCESIS DE MONTEREY Parroquia San Francisco Xavier** permiso para dar servicios médicos usar su juicio en la obtención de servicios médicos necesarios para mi hijo / hija. Aclaro que si mi hijo / hija requiere estos servicios médicos la **DIÓCESIS DE MONTEREY Parroquia San Francisco Xavier** **NO** será responsable por el pago de estos servicios médicos.

Entendemos que esta autorización se da por adelantado de cualquier diagnostico específico, Tratamiento o hospitalización requeridos pero se da de antemano para proveer autorización y poder legal al representante de la **DIÓCESIS DE MONTEREY Parroquia San Francisco Xavier** para dar consentimiento específico para cualquier diagnóstico, tratamiento o hospitalización para mi hijo / hija que el médico considere necesarios de acuerdo con su juicio profesional.

Esta autorización estará en vigencia durante todas las veces que mi hijo / hija este bajo la supervisión de la **DIÓCESIS DE MONTEREY Parroquia San Francisco Xavier** y tendrá validez hasta que mi hijo / hija regrese de catecismo y ya no esté bajo la supervisión de la **DIÓCESIS DE MONTEREY Parroquia San Francisco Xavier**.

Nombre de Madre _____

Firma de Madre _____ Fecha _____

Nombre de Padre _____

Firma de Padre _____ Fecha _____

Nombre del Guardián Legal _____

Firma del Guardián Legal _____ Fecha _____

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de Padre o Madre/ Guardián (_____) _____
Numero de Teléfono

Número de teléfono alternativo en caso de emergencia _____

Nombre del médico y teléfono _____ (_____) _____

Personas alternativa para notificar en caso de emergencia:

Nombre _____ Telephone # (_____) _____

Nombre _____ Teléfono # (_____) _____

Consideraciones especiales de salud: _____

Iglesia Católica San Francisco Xavier
Forma de Autorización para recoger y / o firmar para niños

APPELIDO DE LA FAMILIA _____

Teléfono (Casa) _____ Trabajo # _____

Nombre de Estudiante _____ Grado _____

1. Autorizo el programa de Catequesis de San Francisco Xavier para liberar mi niño/a mencionado arriba a los adultos a continuación en caso de que no puedo recoger él / ella en tal día.
2. Entiendo que cualquiera de estos adultos puede ser requerido mostrar una identificación adecuada en el momento de recoger a mi hijo/a y también entiendo que después de estar firmado fuera del programa de Catequesis San Francisco Xavier el personal Catequético renuncia a toda RESPONSABILIDAD de mi hijo/a
3. También entiendo que mi hijo/a **no será liberado por ninguna razón a ninguna persona que no esté en esta forma incluso en la forma de emergencia** a menos que me envíe una nota de autorización por escrito. (Las llamadas telefónicas para liberar al estudiante no serán aceptadas)

**Cláusula Especial Para
Los Hermanos(as) Menores de 18 años**

YO AUTORIZO _____ hermano(a) de mi hijo(a) que sea permitido para firmar la salida de su sesión de catecismo de acuerdo con los términos de este formulario de autorización.

Comentarios _____

Nombre de persona autorizada

Relación con estudiante

Nombre de persona autorizada

Relación con estudiante

CLAUSULA ESPECIAL PARA QUE LOS NINOS(AS) FIRMEN POR SI
MISMOS DEL PROGRAMA, CUANDO VENGAN SOLOS AL
CATECISMO SIN AYUDA DE SUS PADRES

YO AUTORIZO a mi niño (a) / niños(as) que puedan salir por si mismos después de su sesión de catecismo, por la siguiente razón: cuando ellos(as) vengan caminando solos o en bicicleta, etc.

Comentario _____

PERSONAS AUTORIZADA

Nombres:

Relación

Firma del Padre / Madre o Guardián

Fecha

Firma del niño (a) que viene solo

Fecha

Firma del niño(a) que viene solo

Fecha

Firma del niño (a) que viene solo

Fecha