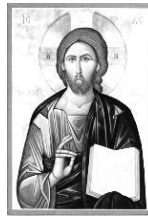


SANTUARIO DE SAN JUDAS
FORMACION DE FE
REGISTRACION 2017-2018



Costo de Registración: ESPAÑOL

Un hijo: \$100 **(antes del 15 de agosto: \$75, \$140, \$190)**
 Dos hijos: \$160 \$20 al mes por favor []
 Tres o más hijos: \$210 Pagó _____
 Solicitud de ayuda para registración _____

Oficina: 301-949-2336; FAX: 301-946-4527; correo electrónico: faithformation@stjuderockville.org

Apellido de la Familia: _____ **Fecha de registración:** _____
 (O apellido del hijo mayor)

Padre/Guardián/Adulto Responsable de Formación en la Fe: _____

Dirección _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Área Postal** _____

Estamos registrados en: ___ San Judas ___ Otra parroquia: _____

Padre/Guardián/Adulto: ¿Es éste el primer año en el Programa? _____ **Sí** _____ **No** _____

Correo Electrónico: _____ **De quién:** _____

Nombre del Padre _____ **# de Teléfono:** _____ **2º # de teléfono:** _____

Nombre de la Madre _____ **# de Teléfono:** _____ **2º # de Teléfono:** _____

Idioma que habla en el hogar: _____

Nombre completo del estudiante (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	Sexo F ó M	Grado en la escuela 2017-2018	Fecha de nacimiento mes/día/año	Marque uno			Marque los necesarios			Nombre de la escuela a la que va:
				Domingo (K-8) 9-10:15 am	Lunes (1-5) 5:15-6:30 pm	Lunes (6-12) 7:15-8:30 pm	Necesita Bautizo	Necesita 1ª Comunión	Necesita Confirmación	
1. Nombre completo										
2. Nombre completo										
3. Nombre completo										
4. Nombre completo										
5. Nombre completo										
6. Nombre completo										

Notas Adicionales (Dificultades de aprendizaje, alergias, otras cosas que necesitamos saber de su hijo):

PARA EL USO DE OFICINA SOLAMENTE:

Fecha de Registración _____ **Costo:** _____ **Pagó:** _____ **Cash, PayPal, Ck#** _____ **Balance por pagar:** _____
 ___ Solicitud de ayuda financiera \$20 al mes por favor: ___ Al registrarse ___ Ago. ___ Sept. ___ Oct. ___ Nov. ___ Dic. ___ Ene. ___ Feb. ___ Mar.
Copia de Certificado de Bautismo: [] Sí [] No

FORMULARIO EN CASO DE EMERGENCIA 2017-2018

En caso de que su hijo (hijos) tengan un accidente serio o se presente una emergencia y no podamos comunicarnos con usted **POR FAVOR COMPLETE** el siguiente formulario para que podamos actuar por usted sin ninguna restricción legal. Cuando lo regrese lo pondremos en su archivo familiar de la oficina.

En caso de que su hijo (hijos), _____

(Escriba el/los nombre/s) _____

Tengan un accidente o una emergencia que requiera atención médica y la Oficina de Formación en la Fe de San Judas no pueda comunicarse conmigo, dicha oficina tiene mi autorización para buscar ayuda y atención médica necesaria.

_____ Fecha _____ Firma del Padre o Guardián

Comentarios: _____

Nombre del Médico de la Familia: _____ # de Teléfono _____

Contacto de emergencia, que no sean los padres:

_____ Nombre _____ Teléfono de Casa _____ Teléfono Celular _____

PERMISO DE AUTORIZACION PARA UTILIZAR FOTOS

Como padre o guardián del estudiante en este formulario, autorizo el uso de fotografías y videos que se tomen de mi hijo (os) durante el año 2017-2018, para motivos de propaganda, promoción y/o motivos educacionales en la página de internet de la parroquia, Facebook o en el monitor del pasillo. Autorizo esto con total consentimiento y renuncio a cualquier demanda por indemnización por el uso de este material.

_____ Sí, doy permiso a San Judas para fotografiar a mi hijo (os) en eventos de la parroquia o para motivos de la parroquia.

_____ No, no autorizo a San Judas para fotografiar a mi hijo (os) para ningún evento.

Nombre del estudiante (s): _____

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN DE SACRAMENTOS DE FAMILIAS NUEVAS POR FAVOR ADJUNTE UNA COPIA DEL CERTIFICADO DE BAUTISMO

Nombre completo	Bautizado S ó N	Iglesia/lugar/ Fecha de bautizo	Confesión S ó N	Comunión S ó N	Confir- mación S ó N	Casados en la Iglesia Católica
Padre						
Madre						
Hijo (a)						
Hijo (a)						
Hijo (a)						
Hijo (a)						