

*Iglesia Católica de San Marcos
Oficina de Ministerio de Religión
Registros 2016-2017*

Fecha de hoy: _____

Es esta una registración nueva? SI _____ NO _____

Por favor regresar esta registración junto con el pago de los libros:

\$10 por (1) estudiante o \$20 por (2) o más estudiantes.

Apellido de la Familia: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de la casa _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del Padre: _____ Religión: _____

Difunto: _____

Nombre de Madre: _____ Religión: _____

Difunta: _____

Nombre de un Adulto en caso de emergencia: _____ Teléfono: _____

Información especial de salida/transporte: _____

¿Hay algún inconveniente de custodia? Si es así, por favor explique: SI: _____ NO: _____

Yo doy consentimiento al uso de cualquier cinta de vídeo y/o fotografías en las que mi niño (a) puede aparecer por la Diócesis de Trenton y/o la parroquia. Comprendo que estos materiales son utilizados para la promoción del Ministerio de Religión y/o las actividades de nuestra parroquia que incluye reclutamiento y recaudación de fondos.

FIRMA: _____ FECHA: _____

Si usted desea ayudar como voluntario en las clases de Religión por favor de llenar lo siguiente

Catequista _____

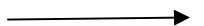
(Grado y Día)

Ayudante _____

(Grado y Día)

Substituto(a) _____

(Grado y Día)



Todos los estudiantes de Primera Comunión (Gr 2) y Confirmación (Gr 8) deberán traer una copia del Certificado de Bautismo, si no fueron bautizados en nuestra parroquia.

Por favor encierre el día & horario

Domingo: (Grados Pre-K – 2) 3:30 –4:45 PM

Domingo: (Grados 3-8) 6:15 –7:15 PM

1. Nombre del Estudiante: _____ M _____ F _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad Actual: ____ Lugar de nacimiento: _____
Mes Día Año

Nombre de la Escuela: _____ Grado que asistirá a la escuela en Septiembre: _____

Sacramento: Primer Año de Comunión /Segundo Año de Comunión /Confirmación

INFORMACION DE SALUD:

Explique si u niño (a) tiene dificultades físicas o de aprendizaje: _____

Alergias a la comida o medicina? _____ Otros: _____

Por favor encierre el día & horario

Domingo: (Grados Pre-K – 2) 3:30 –4:45 PM

Domingo: (Grados 3-8) 6:15 –7:15 PM

2. Nombre del Estudiante: _____ M _____ F _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad Actual: ____ Lugar de nacimiento: _____
Mes Día Año

Nombre de la Escuela: _____ Grado que asistirá a la escuela en Septiembre: _____

Sacramento: Primer Año de Comunión /Segundo Año de Comunión /Confirmación

INFORMACION DE SALUD:

Explique si u niño (a) tiene dificultades físicas o de aprendizaje: _____

Alergias a la comida o medicina? _____ Otros: _____

Por favor encierre el día & horario

Domingo: (Grados Pre-K – 2) 3:30 –4:45 PM

Domingo: (Grados 3-8) 6:15 –7:15 PM

3. Nombre del Estudiante: _____ M _____ F _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad Actual: ____ Lugar de nacimiento: _____
Mes Día Año

Nombre de la Escuela: _____ Grado que asistirá a la escuela en Septiembre: _____

Sacramento: Primer Año de Comunión /Segundo Año de Comunión /Confirmación

INFORMACION DE SALUD:

Explique si u niño (a) tiene dificultades físicas o de aprendizaje: _____

Alergias a la comida o medicina? _____ Otros: _____