

Iglesia de San José

Forma de Inscripción de Formación de Fe para Niños 2012-2013



Fecha: _____

Apellido de Familia: _____

Dirección: _____

Ciudad

C.P.

Numero de Teléfono: _(_____) _____

Datos de los Padres/Tutores

____ Nombre del padre: _____ Numero de Celular: _____ ¿Católico? S N

____ Nombre de la madre: _____ Numero de Celular: _____ ¿Católica? S N

Idioma Principal de la Familia: _____

Persona a contactar en caso de emergencia (aparte de los padres): _____ # de teléfono #: (_____) _____

Escriba la información para cada estudiante:	Sábados Grados 1 – 3° 8:45 a 10:00 a.m.	Sábado Secundaria 10:30 a 11:45 a.m.	Miércoles SESION I Grados 4° – 8° 4:30 a 5:45 p.m.	Miércoles SESION II Grades 4° – 8° 6:45 a 8:00 p.m.						
					Estudiante Regresa o Nuevo	Apellido, Nombre	Fecha de Naci- miento	M F	Grado Escolar 12-13	Bautismo ¿Recibido? (si/no)
R o N										
R o N										
R o N										
R o N										

Office Use ONLY

First _____ Third _____ Fifth _____ Seventh _____
 Second _____ Fourth _____ Sixth _____ Eighth _____

Firma de Acuerdo/Permiso

Yo doy permiso a mi hijo-a, a que sea inscrito en el Programa de Formación de Fe para los Niños en la iglesia de San José

_____ **Doy Permiso** _____ **No Doy Permiso**, a que mi hijo-a se le tomen fotografías durante las actividades del Programa de Formaron de Fe para los Niños

_____ **Doy Permiso** _____ **No Doy Permiso**, que el numero de teléfono se le proporcione al/la catequista.

Mi firma indica que leeré y dialogare las pólizas y guías que están impresas la Guía Familiar la cual incluye la “Guía para los Padres, Comprendiendo y Previniendo el Abuso Sexual en los Niños”

Firma: _____ Fecha: _____

PARA FAMILIAS NUEVAS SOLAMENTE

Yo he recibido y leeré las Normas Pastorales sobre el Abuso Sexual de Menores y Normas de Conducta para los que Trabajan con Menores.

Firma” _____ Firma: _____

Repaso de Ambiente Seguro

Permiso para asistir al repaso del programa “Ambiente Seguro”(Mas información disponible en la Guía Familiar)

Nombre de Estudiante	Grado	Permiso	
_____	_____	Si	No
_____	_____	Si	No
_____	_____	Si	No
_____	_____	Si	No

COLEGIATURA

1 Niño-a	\$195.00	Más de 3 niños,
2 Niños-as	\$240.00	se agrega \$25.00
3 Niños-as	\$275.00	por cada niño

Cuotas adicionales por actividad:

Reconciliación y Comunión:	\$50.00
Confirmación:	\$65.00
Incluye la toga/capa	

Plan de Pago:

1/3 en el momento de la Inscripción
1/3 debe pagarse antes del 17 de noviembre, 2012
Saldo favor de pagar antes del 16 de febrero, 2013



*Gente del
oriente y del
poniente,
del norte y
del sur,
vendrán a sentarse
a la mesa
en el
Reino de Dios.

Lucas 13:29*

NO SE ACEPTARA A NINGUN NIÑO-A Y/O LA FORMA DE INSCRIPCION SI NO SE TRAE ADJUNTO LA FE DE BAUTISMO NO HABRA EXCEPCIONES



Autorización para Tratamiento Médico para el año escolar 2012/2013

(Llene y Regrese ésta forma con su inscripción.)

Apellido de Familia: _____ Numero de teléfono: _____

Nombre en caso de Urgencias: _____ Numero de teléfono: _____

Nombre de Estudiante Grado Información Importante sobre la salud (alergias, medicinas, etc...)

1. _____ _____ Necesidades especiales/Alergias/Enfermedades ADD/BD/etc. _____

2. _____ _____ Necesidades especiales/Alergias/Enfermedades ADD/BD/etc _____

3. _____ _____ Necesidades especiales/Alergias/Enfermedades ADD/BD/etc _____

4. _____ _____ Necesidades especiales/Alergias/Enfermedades ADD/BD/etc _____

Por favor avise inmediatamente a la Oficina de Formación de Fe para Niños si hay algún cambio con la información que aparece en la parte de arriba.

Yo otorgo el permiso a la administración de primeros auxilios para ayudar a mi hijo/hija nombrado en la parte de arriba a las personas encargadas del **Programa de Formación de Fe para Niños de la iglesia San José** y a aquellos que transportan a mi hijo/hija del y al programa como su juicio crea conveniente, y referirlo conforme sea necesario a médicos calificados para tratamiento de enfermedades o accidentes de mayor naturaleza. Yo entiendo que seré notificado/a tan pronto sea posible en caso de una enfermedad seria, accidente o cirugía, al menos cuando la demora en tal comunicación ponga en riesgo su vida.

Yo entiendo que cualquier esfuerzo será hecho para contactar a los padre/madre/tutor del participante. En caso que no me puedan localizar, yo por la presente doy permiso al medico seleccionado por el personal adulto de hospitalizar, asegurar tratamiento apropiado, ordenar inyección, anestesia o cirugía, si se cree necesario para mi hijo/hija.

Firma de Padre/Madre/Tutor: _____ Fecha: _____

Médico Autorizado _____ # de Teléfono _____

Información sobre su Seguro Médico

de la Póliza: _____ # de Identificación: _____