

INSCRIPCIÓN PARA EDUCACIÓN RELIGIOSA

LA PARROQUIA DE SAN PATRICIO

119 North Market Street ♦ Momence, IL 60954 ♦ (815) 472-2864

Las Clases se reúnen los Domingos de 9:15 a 10:15

ST. ANNE'S CATHOLIC CHURCH

230 North Sixth Avenue ♦ St. Anne, IL 60964 ♦ (815) 427-8265

Las Clases se reúnen los Domingos de 10:00 – 11:15

INFORMACIÓN FAMILIAR

Apellido de la Familia: _____
 Dirección Postal Principal: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____
 Correo Electrónico: _____
 Registrado en San Patricio Sí No
 Nombre del Padre: _____
 Denominación/Religión _____ Cell: _____
 Nombre de la Madre _____ Apellido de Soltera: _____
 Denominación/Religión: _____ Cell: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

- Si su hijo/a no fue Bautizado a San Patricio / Sta. Ana, se requerirá una copia de su Certificado de Bautismo al tiempo de inscribirlos.
- Por favor comuníquese con Ema Elvir a stpatsrectory@mchsi.com con cualquier pregunta o duda acerca del proceso de inscripción.

INFORMACIÓN ESTUDIANTIL

Primer Nombre del Estudiante:	Asistió el estudiante a clases de ER el año pasado?	Fecha de Nacimiento:	Grado Escolar:	Fecha y Lugar de Bautismo:	Fecha y Lugar de la Comunión:
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

PREOCUPACIONES DE SALUD Y/O EDUCACIÓN

Por favor escriba cualquier problema de salud o preocupación educativa para cada estudiante:

TRATAMIENTO MÉDICO E INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

Compañía Aseguradora: _____ # de Identificación: _____
de Póliza: _____ # de ID de Grupo: _____

Consentimiento para Tratamiento Médico en Caso de Emergencia

Por el presente, autorizo cualquier tratamiento médico razonable y necesario, administración de anestesia, y tratamientos quirúrgicos para mi estudiante menor de edad en caso de mi ausencia, o cuando el hospital de médicos no es capaz de localizarme. Esta autorización se extiende a cualquier hospital, médicos, o personal de enfermería donde se rinda el tratamiento. Libero de responsabilidad y renuncio a todos los reclamos (con la excepción de las responsabilidades y las reclamaciones derivadas de negligencia grave o dolo) en contra de la Iglesia Católica de San Patricio/Sta. Ana, personal de la iglesia, voluntarios de la iglesia, el hospital, médicos, y el personal de enfermería por la realización de procedimientos razonables y necesarios de conformidad de con la autoridad de este consentimiento para el tratamiento médico.

Estudiantes – Nombres Completos: _____

Firma de Padre/Madre: _____

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR FOTOS E ILUSTRACIONES

Fotos de mí y/o de mi estudiante(s) y cualquier ilustración creada durante el transcurso del programa de Educación Religiosa, pueden ser publicadas en el sitio web de la iglesia o en información publicitaria de la iglesia, circular, o boletín. **NO SE PUBLICARÁN NOMBRES EN EL SITIO WEB.** Asumimos que usted da consentimiento al uso de estas fotos/ilustraciones para publicidad o motivos de información a menos de que notifique a la Oficina al (815) 472-2864 (San Patricio) o (815) 427-8265 (Sta. Ana). Por favor marque sus iniciales significando que usted entiende esta política. _____