



## Iglesia Católica San Antonio de Padua

3305 Glen Carlyn Rd, Falls Church, VA 22041 • 703.820.7111 Fax: 703.379.9195

### REGISTRACIÓN PARA EDUCACIÓN RELIGIOSA (2017-2018)

**Escoja la sesión a la que desea inscribir a su hijo:**

<input type="checkbox"/> <b>Lunes (Sesión Bilingüe)</b> 7:00p.m.-8:15p.m.	<input type="checkbox"/> Estudiar en casa
<input type="checkbox"/> <b>Jueves (Sesión en Ingles)</b> 7:00pm-8:15p.m.	<input type="checkbox"/> Catequesis del Buen Pastor (3-6 años)

**Nombre del Niño (Como aparece en el certificado de nacimiento):**

*Primer Nombre*

*Segundo Nombre*

*Apellido(s)*

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Lugar de Nacimiento:** \_\_\_\_\_  
Mes      Día      Año Ciudad Estad Pais

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Grado en la Escuela (Otoño 2017):** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

Ciudad

Estado

Código Postal

#### Información Sacramental:

	Si	No	Fecha	Parroquia	Ciudad/Estado/País
<b>Bautizo</b>					
<b>Primera Comunión</b>					
<b>Confirmación</b>					

#### Sobre el Estudiantes:

¿Su hijo tiene **necesidades especiales?** (deseabilidades de aprendizaje, deseabilidades físicas, ADHD, etc.)

**Explicar:** \_\_\_\_\_

**Alergias:** \_\_\_\_\_

#### Información sobre los padres

	Nombre y apellido	Teléfono	Recibir alertas por texto		Correo Electrónico	Vive con el niño?		Dirección (si no vive con el niño)
			Si	No		Si	No	
<b>Padre</b>								
<b>Madre</b>								



**Iglesia Catolica San Antonio de Padua**

3305 Glen Carlyn Rd, Falls Church, VA 22041 • 703.820.7111 Fax: 703.379.9195

**Los dos padres tienen custodia del niño?** Si No, restricciones, ordenes de la corte:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombres de hermanos que también estarán inscritos en la catequesis:

1) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_

¿Su hijo estuvo inscrito en catequesis el año pasado? Si No, Catequista: \_\_\_\_\_

**EN CASO DE EMERGENCIA**

Escriba a personas, mayores de 18 años, a las que usted **autoriza a recoger y dejar** a su hijo a la sesión **durante todo año**, y a quienes podemos **contactar en caso de emergencia**.

Nombre	# de Teléfono	Relación
1)		
2)		

Nombre de la persona registrando al niño: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\***PARA USO DE LA OFICINA**\*\*\*\*\*

**Registración recibida por:** \_\_\_\_\_ **fecha:** \_\_\_\_\_

**Documentos recibidos:** certificado de nacimiento certificado de bautismo otro: \_\_\_\_\_

**Clase:** Comunión, Comunión y Confirmación, Confirmación, RCIC-18, RCIC-19

**Costos pagados:**

\$75  \$150 (2 niños)  \$200 (3 niños o más) Recibo # \_\_\_\_\_  Cash  Cheque #: \_\_\_\_\_

La familia aplico para ayuda financiera y la aplicación fue:  aceptada  negada

La familia pagara \$ \_\_\_\_\_ del monto total Recibo # \_\_\_\_\_ Cash Cheque #: \_\_\_\_\_