

Tasa de actividad

**1 niño \$75
2 Niños \$140
3 Niños \$200**

**Sagrado corazón de Jesús
Programa de educación religiosa parroquial (PREP)
Registro 2017-2018**

Elige 1 clase

Domingo 9:30-11am



Miércoles 4-5:30pm



Complete la Forma. Escriba claro. Para registraciones por primera vez, por favor traer una copia original del Certificado Bautismal.

Nombre del niño/a (Primer, Segundo nombre, Apellido)	Sexo M/F	Fecha de Naci- miento	Grado	Nombre de la Escuela que Atiende durante el día	Bautismo Fecha & Parroquia	1raConfesión Fecha	1raCommuni3n Fecha

Apellido de la Familia _____ Tel. de la Casa: _____

Direccion: _____ Ciudad _____ Número postal _____ Correo Elec: _____
Calle

Nombre del Padre _____ Trabajo o Celular#: _____ Religión _____

Nombre de la Madre _____ Trabajo o Celular#: _____ Religión _____

Nombre de Persona responsable por la Educaci3n Religiosa si no el Padre/Guardian _____ Relaci3n _____

**Por favor proveer carta firmada por padre/madre/guardi3n la cual da permiso y nombre de esta persona responsable por la educaci3n religiosa del ni3no/s*

Por favor marque si hay custodia legal para alguno de los ni3nos mencionados y presente una copia de la orden de la corte.

Doy permiso para que la foto de mi ni3no/a aparezca en el sitio Web de la parroquia, mural, articulo de peri3dico, relacionado con los eventos de la parroquia.

Firma: _____ Fecha _____ Relaci3n con el Ni3no/s _____

Registración del Programa de Educación Religiosa Parroquial

CONTACTO DE EMERGENCIA:

En caso de que no podamos contactarlo, a quien podemos llamar?

Nombre: _____ Relación _____ Teléfono (casa) _____
 (Celular) _____

PERMISO PARA ATENCIÓN MÉDICA:

Yo doy permiso para que, en mi ausencia, mis hijos nombrados en la página 1 de esta forma, puedan recibir cuidado médico de emergencia por heridas y cualquier situación que ocurra mientras participan en el Programa de Educación Religiosa y actividades en la parroquia _____

Firma (Padre/Guardián Legal): _____ Fecha: _____

DATOS MÉDICOS Y DE APRENDIZAJE

Si alguno de los siguientes le aplica a alguno de sus hijos, por favor escribir el nombre del niño y detalles en el espacio apropiado.

¿Puede su hijo/a leer en Inglés? _____

Nombre del niño/a	Condiciones médicas/Alergias	Medicinas recetadas	Descapacidades/Servicios de apoyo de aprendizaje	Programa de Educación Individualizada IEP
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

* Como lo define el Acta de Educación para Individuos con Descapacidades (IDEA), el término "niño con discapacidad" significa un niño: con retardo mental, problema auditivo (incluyendo sordera), limitación de lenguaje o habla, vista limitada (incluyendo ceguera), serios problemas emocionales, problemas ortopédico, autismo, herida traumática del cerebro, otro problema de salud, o discapacidades específicas de aprendizaje; y quien, por esa razón, necesita educación especial y servicios.