

**CUOTA DE ACTIVIDAD**

1 niño \$ 75

2 niños \$ 140

3 niños de más \$ 200

**Parroquia del Sagrado Corazón de Jesús  
Programa de Educación Religiosa (PREP)  
Inscripción 2018-2019****ELIJA 1 CLASE:**

\_\_\_\_\_ Domingo 9:30 a.m. a 11:00 a.m.

\_\_\_\_\_ Miércoles 4:00 p.m. a 5:30 p.m.

Forma completa. Imprime claramente. Para inscripciones por primera vez, traiga una copia del Certificado de Bautizo del niño

El nombre del niño Primero, Medio, Ultimo	Sexo (M/F)	Fecha de	Grado	Nivel Nombre de la escuela	Fecha del bautismo Nombre de la arroquia	Fecha de Penitencia	1ra comunión	

Nombre de familia \_\_\_\_\_ Número de teléfono de casa \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_ Celda # \_\_\_\_\_

Nombre de la madre (Nombre de soltera) \_\_\_\_\_ Celda # \_\_\_\_\_

Custodia: ¿Hay problemas de custodia / legales? \_\_\_\_\_ sí \_\_\_\_\_ no (En caso afirmativo, proporcione una copia de la última orden judicial).

Nombre de la persona responsable de Educación Religiosa si no es Padre / Guardián  
\_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Doy permiso para que la fotografía de mi hijo aparezca en el sitio web del nombre de la parroquia, tableros de anuncios, artículos de periódicos en relación con eventos que suceden en la parroquia. Fecha de firma Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Información de Contacto en caso de Emergencia:

Si no podemos comunicarnos con usted, ¿a quién deberíamos contactar?

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Consentimiento para atención médica: doy permiso para que en mi ausencia mis hijos, cuyos nombres aparecen en la página 1, puedan recibir atención médica de emergencia por lesiones en todas las situaciones que deberían ocurrir mientras participan en el programa PREP y actividades en la Parroquia Sagrado Corazón de Jesús:

Fecha de firma: \_\_\_\_\_

Datos médicos / de aprendizaje

Si cualquiera de los siguientes se aplica a su hijo, por favor escriba su nombre y dé detalles en los espacios apropiados.

El nombre del niño	Condiciones médicas / Alergias	Medicamentos recetados	Servicios de Apoyo de Discapacidad / Aprendizaje

¿Hay alguna información sobre su hijo que deba ser comunicada?

---

---