

Church of St. Cecilia and Holy Agony
Religious Education Program - (Yearly Registration Form)

Child's Full Name as on Baptismal Certificate: _____
Home Address: _____
Home Phone: _____ Cell Phone: _____
Email _____

Child's Date of Birth: _____ Gender _____
Was Child baptized? Yes ___ No ___ Copy of Baptismal Certificate Attached _____

Mother's Name: _____ Religion _____
Mother's Maiden Name: _____
Email _____ Work Phone _____
Cell Phone _____ Home Phone _____
Home Address: _____

Father's Name: _____ Religion _____
Email _____ Work Phone _____
Cell Phone _____ Home Phone _____
Home Address: _____

Legal Guardian's Name: _____ Religion _____
Email _____ Work Phone _____
Cell Phone _____ Home Phone _____
Home Address _____

Child resides with: _____
(e.g. Mother & Father, Mother, Father, Other – Specify)

Is there an order to limit access to the non-custodial parent? Yes ___ No ___
If yes, provide name of non-custodial parent: _____

Name of parent or parent substitute who will transport child/youth to and from Program:
_____ Cell Phone Number: _____

Does child have special learning needs or learning problem?

Is there any additional information we should know about your child?

Child Information Record, page 2, for _____
(Child's Name)

In Case of Emergency

**Persons to Contact If Parent/Legal Guardian Cannot Be Reached:
(Give contact information specific to time of Religious Education Session.)**

Name: _____ Relationship: _____

Cell Phone _____ Home Phone _____

Work Phone _____ Email _____

Address: _____

Doctor for Emergency: _____ Work Phone _____

Cell Phone _____ :

Address: _____

Special Medical Conditions:

Procedures to be followed if this condition becomes an emergency:

I understand that in case of an emergency, "911" will be called and an ambulance may be called by the Director of Religious Education or his/her designate.

In case of accident or illness, I request that the representative of the parish catechetical program contact me. If I am unable to be reached, I hereby authorize this representative to call the physician indicated and to follow the physician's instructions. If it is impossible to contact this physician, the representative of the parish catechetical program may make whatever arrangements seem necessary. I agree to assume the financial responsibility for any diagnosis, treatment and/or medication deemed necessary.

To the best of my knowledge all information given is accurate and complete. I hereby consent to, and authorize the necessary procedures that have been stated above.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Child Information Record, page 3 for _____
(child's name)

Agreement to be Used in Case of a Child with Allergies

Does Child have allergies? _____ Yes _____ No

List allergies:

Course of action to be followed if allergy presents an emergency condition:

Parent and Director of Religious Education agree on the following course of action:

What medication will be administered? _____

Who will administer medication?

(Name of Person)

(Role of Person)

Where will this medication be kept so as to be readily available?

What other actions will be taken?

By Whom? _____

Whenever emergency medication is administered, "911" will be called without exception.

Parent/Guardian Signature: _____

Date: _____

Director of Religious Education Signature: _____

Date: _____

Signature of Any other person involved: _____

Date: _____

Iglesia de Santa Cecilia y Santa Agonia
Programa de la Educacion Religiosa- Registración Anual

Nombre completo como aparece en el Certificado de Bautismo:

Dirección: _____
Teléfono de la Casa: _____ Celular: _____
Correo electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Género: _____
¿Fue bautizado el niño? Si _____ No _____
Copia del Certificado de Bautismo añadido: _____

Nombre de la Madre: _____ Religión: _____
Apellido de Soltera de la Madre: _____
Correo electrónico: _____ Teléfono del Trabajo: _____
Celular: _____ Teléfono de la Casa: _____
Domicilio: _____

Nombre del Padre: _____ Religión: _____
Correo electrónico: _____ Teléfono del Trabajo: _____
Celular: _____ Teléfono de la Casa: _____

Nombre del Tutor legal: _____ Religión: _____
Correo electrónico: _____ Teléfono del Trabajo: _____
Celular: _____ Teléfono de la Casa: _____
Domicilio: _____

El niño reside con: _____
(p.ej. Padre y Madre, Padre, Madre, otro – especificar)

¿Existe una orden judicial que limite el acceso a uno de los padres sin custodia?
____ Si ____ No En caso afirmativo, indique el nombre del Padre o Madre sin custodia:

Nombre del Padre, Madre o Sustituto que traerá y recogerá a el niño del Programa:
_____ Celular: _____

¿Tiene el niño necesidades especiales de aprendizaje o problemas de aprendizaje?

¿Hay alguna información adicional que debamos saber sobre su niño?

Información Sobre el Niño, página 2, para _____
(Nombre del Niño)

En Caso de Emergencia:

Si los padres o tutor no pueden ser localizados, comunicarse con la siguiente persona:
(Proveer la información específica del contacto durante el período de la sesión de Educación Religiosa)

Nombre: _____ Relación: _____

Celular: _____ Teléfono de la Casa: _____

Teléfono del Trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Domicilio: _____

Médico in caso de emergencia: _____

Teléfono de la Oficina: _____ Celular: _____

Consultorio Médico: _____

Condiciones Médicas Especiales:

Procedimientos que deben ser seguidos si la anterior condición presenta una emergencia:

Yo entiendo que en caso de una emergencia el "911" será llamado y tal vez una ambulancia sea llamada por el Director de Educación Religiosa o por su designado.

En caso de un accidente o enfermedad, solicito que el representante del Programa de Educación Religiosa se ponga en contacto conmigo. Si no puedo ser localizado(a), por este medio, autorizo a la persona indicada arriba a llamar al médico que señalo en esta forma y a seguir sus instrucciones medicas. Si no es posible ponerse en contacto con este médico, el representante del programa de catequesis parroquial podrá hacer los arreglos que estime necesarios. Estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad financiera de cualquier diagnóstico, tratamiento médico o medicamento que se considere necesario.

De acuerdo a mi conocimiento, toda la información presentada aquí es correcta y completa. Con mi firma abajo doy mi consentimiento y autorizo los procedimientos necesarios que han sido mencionados anteriormente.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Información del Niño, página 3, para _____
(Nombre del Niño)

Acuerdo Para Ser Utilizado en caso de que un Niño Tenga Alergias

¿El niño tiene alergias? _____ SI _____ No

Lista de alergias:

Modo de proceder en caso de que la alergia presente emergencia:

Padre/Madre y el Director de Educación Religiosa están de acuerdo en lo siguiente:

¿Qué medicamento será administrado? _____

¿Quién administrará la medicación?

(Nombre de la persona)

(Función de la persona)

¿Dónde se mantendrá este medicamento de manera que sea fácilmente disponible?

¿Qué otras acciones serán tomadas?

¿Por quién? _____

Cuando un medicamento se es administrado de emergencia, el "911" será llamado sin excepción.

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

Firma del Director de Educación Religiosa: _____

Fecha: _____

Firma de cualquier otra persona involucrada: _____

Fecha: _____

GRADE LEVEL

PARENT SIGNATURE

DATES

() P-K

() Kinder

() First Grade

() First Penance

() F. Holy Communion

() Fourth Grade

() Fifth Grade

() Sixth Grade

Confirmation:

() Year One

() Year Two

Children in Baptism & Communion:

() Year One

() Year Two

RCIA – TEENS:

() Year One

() Year Two

NEVEL DE GRADO

FIRMA DE PADRES

FECHA

<input type="checkbox"/> P-K	_____	_____
<input type="checkbox"/> Kinder	_____	_____
<input type="checkbox"/> Primer Grado	_____	_____
<input type="checkbox"/> Reconciliacion	_____	_____
<input type="checkbox"/> Primera Comunion	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cuarto Grado	_____	_____
<input type="checkbox"/> Quinto Grado	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sexto Grado	_____	_____

Confirmacion:

<input type="checkbox"/> 1rAño	_____	_____
<input type="checkbox"/> 2do Año	_____	_____

Niños(as) en Bautismo y Comunion:

<input type="checkbox"/> 1rAño	_____	_____
<input type="checkbox"/> 2do Año	_____	_____

RCIA – Jovenes:

<input type="checkbox"/> 1rAño	_____	_____
<input type="checkbox"/> 2do Año	_____	_____

Child Information Record

Name: _____ Date of Birth: _____

Address: _____

Father's Name: _____ Phone: _____

Mother's Name: _____ Phone: _____

Legal Guardian's Name: _____ Phone: _____

Address: _____

Informacion del Niño/a

Nombre del Niño/a _____

Fecha de Nacimiento _____

Direccion _____

Nombre del Padre _____ Telefono _____

Nombre de la Madre _____ Telefono _____

Nombre del Tutor _____ Telefono _____

Direccion _____