

**IGLESIA DEL ANUNCIACION / ST. JOHN CHRYSOSTOM  
PROGRAMA DE FORMACION DE FE  
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN / CONTRATO DE PADRES**

**Nombre Completo del Estudiante**

<b>Último</b>	<b>Primero</b>	<b>Medio</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>
Asistencia a la Escuela _____		Nivel Escolar _____	
Nombre Completo del Padre _____ (Guardián)			
Nombre completo de la madre _____ (Guardián)			
Número de teléfono del hogar _____		Número de teléfono del trabajo _____	
Número de teléfono móvil _____			
Dirección _____			
Ciudad _____		Estado _____	Código postal _____
Dirección de correo electrónico _____			
Contacto de Emergencia _____		Teléfono # _____	
Lenguaje principal hablado en el hogar:    Inglés _____ Español _____			

**Por favor, compruebe a continuación qué sacramentos su hijo ya ha recibido:**

\_\_\_\_\_ Bautismo  
\_\_\_\_\_ Reconciliación  
\_\_\_\_\_ Eucaristía

Grados de Formación de la Fe **COMPLETADO:** \_\_\_K\_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8

**POR FAVOR PROPORCIONE UNA COPIA DEL REGISTRO DE BAPTISMO DE SU NIÑO INCLUSO SI SE BAPTIZARON EN EL ANUNCIO O EN EL ST. JOHN CHRYSOSTOM**

Yo, el padre / tutor, reconozco que soy **el EDUCADOR PRINCIPAL** de mi hijo (a) y acepto cumplir mi obligación con este programa:

- A. Proporcionar el transporte hacia y desde la Formación de la Fe cada semana.
- B. Participar activamente en todos los programas / eventos relacionados con la Formación de la Fe de mi hijo o el proceso Sacramental.
- C. Estar consciente de las lecciones / oraciones de mi hijo / a y revisarlas luego con él / ella cada semana.
- D. ASEGURANDO LA ASISTENCIA EN LA MISA REGULAR DEL DOMINGO**

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Continuación hacia atrás**

# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO MÉDICO

A quien le interese:

El abajo firmante por este medio solicita permiso para que nuestro niño asista y participe en actividades patrocinadas por la Iglesia de la Anunciación / Juan Crisóstomo.

Autorizamos a cualquier adulto designado, a cuyo cuidado se le haya confiado el menor, que autorice cualquier examen o examen de rayos X, anestesia, médico, quirúrgico o dental, y la atención hospitalaria que se prestará al menor bajo supervisión general o especial y Sobre el consejo de cualquier médico o dentista licenciado bajo la provisión de la Ley de Práctica Médica en el personal médico de un hospital licenciado, si tal diagnóstico o tratamiento se hace en la oficina de dicho médico o en dicho hospital.

El abajo firmante será responsable y se compromete a pagar todos los costos y gastos incurridos en relación con los servicios médicos y dentales prestados al niño mencionado en virtud de esta autorización.

Si es necesario que su hijo regrese a casa por razones médicas o de otro tipo, el suscripto asumirá todos los gastos de transporte.

Los formularios de consentimiento médico se utilizarán sólo cuando sea necesario. Se hará todo lo posible para notificar primero al padre, tutor o contacto de emergencia antes de usar el formulario de consentimiento médico.

Seguro de hospital: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Seguro Co . \_\_\_\_\_

Número de la póliza \_\_\_\_\_

Número de teléfono de emergencia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FECHA

\_\_\_\_\_

FECHA

\_\_\_\_\_

FECHA

**POR FAVOR TENGA EN CUENTA LAS ALERGIAS O NECESIDADES ESPECIALES QUE SU NIÑO PUEDA TENER EN LAS LÍNEAS A CONTINUACIÓN:**

---

---

---

---

---

Actualizado en mayo de 2017