

Para Uso solo por la Oficina

Cuota: \_\_\_\_\_ Cheque/Efectivo: \_\_\_\_\_

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

Número de Sobre #: \_\_\_\_\_

**Registración del Programa de Educación Religiosa Parroquial  
San Estanislao, Lansdale PA  
2020-2021**

Miére. \_\_\_\_\_ Do. \_\_\_\_\_

**¿Está usted registrado  
en la Parroquia de  
San Estanislao?**  
 Si  No

**Complete la Forma. Letra de Molde. Para registraciones por primera vez, por favor de traer una copia del Certificado Bautismal de cada niño si fue Bautizado en otra Parroquia.**

Apellido de la Familia \_\_\_\_\_ Tel. de la Casa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Código postal

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Tel. de Trabajo o Celular: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Ocupación de Trabajo del Padre: \_\_\_\_\_ Ocupación de Trabajo de la Madre: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Tel. de Trabajo o Celular: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Nombre de Soltera de la Madre: \_\_\_\_\_ Estado Paternal:  Casados  Divorciados  Separados  Re casado  Madre/Padre Soltero

Niño/Niños viviendo con:  Padres  Madre  Padre  Guardián  Padrastros

**CUSTODIA: ¿Existe algún problema de Custodia/asuntos legales?**  Si  No (Si la contesta es Si, provee una copia completa de la última orden de la corte)

\_\_\_\_\_ Yo he leído el manual de padres (encontrado en el Website Parroquial) y estoy de acuerdo con los requerimientos y las expectativas del Programa de  
Iniciales Educación Religiosa de San Estanislao.

\_\_\_\_\_ Doy permiso para que la foto de mi niño/a aparezca en el Website de la parroquia, tabla de anuncios, artículos de periódicos, etc., en relación con los  
Iniciales eventos que ocurran en la parroquia.

**CONSENTIMIENTO PARA CUIDADO MÉDICO:**

\_\_\_\_\_ Yo doy permiso para que, en mi ausencia, mis hijos nombrados en la página 2 de esta forma de registración, puedan recibir cuidado médico de emergencia  
Iniciales por heridas y en todas las situaciones que ocurran mientras participan en el Programa de Educación Religiosa y actividades en la parroquia San Estanislao.

**INFORMACION PARA CONTACTO DE EMERGENCIA:** En caso de que no podamos contactar a usted, ¿a quién podemos contactar?

Nombre: \_\_\_\_\_ (*Aparte de los padres*) Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono (casa): \_\_\_\_\_  
(Celular): \_\_\_\_\_

\*Nombre de Persona responsable por la Educación Religiosa si no son los Padres/Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

\*Padres/Guardián Legal tienen que proveer una carta firmada con fecha, dando permiso a D/CRE, que será guardada en los archivos y anualmente renovada.

Firma (Padres/Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Forma de Registración del Programa de Educación Religiosa de la Parroquia de San Estanislao, Lansdale, PA 2020-2021

Nombre Completo del niño/a (Primer, [apodo,]} Segundo, Apellido)	Sexo M/F	<b>Nacimiento</b>			Nombre de la Escuela que Atiende durante el día	<b>Bautismo</b>		1ª Confesión Fecha y Parroquia (Si no fue en San Estanislao)	1ª Comunión Fecha y Parroquia (Si no fue en San Estanislao)
		Fecha	Ciudad/Estado	Grado		Fecha	Parroquia Ciudad/Estado		
_____			_____				_____		
_____			_____				_____		
_____			_____				_____		
_____			_____				_____		

**PREVIA EDUCACION RELIGIOSA:** Mi hijo anteriormente asistió a Educación Religiosa en otra parroquia.

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Parroquia que asistió: *Nombre de la Parroquia* Estado de la Ciudad Ultimo grado completado: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Parroquia que asistió: *Nombre de la Parroquia* Estado de la Ciudad Ultimo grado completado: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Parroquia que asistió: *Nombre de la Parroquia* Estado de la Ciudad Ultimo grado completado: \_\_\_\_\_

**DATOS Médicos/APRENDIZAJE** Si alguna de las siguientes aplica a su hijo/a, por favor anote el nombre de él/ella y dé detalles en el espacio apropiado.

Nombre del Niño/a	Condiciones Médicas o Alergias <i>(por favor describa abajo)</i>	Medicinas Recetadas <i>¿Si sí, el estudiante las carga en su persona?</i>	Servicios de Apoyo de Aprendizaje o *Incapacidad <i>(vea IDEA definiciones abajo) (por favor no el tipo de Incapacidad o apoyo)</i>	IEP Programa de Educación Individualizada	**Inmunización ¿Están sus niños vacunados al día?
	<input type="checkbox"/> SI _____ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI _____ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si no, ¿ha recibido una exención de su escuela actual? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> SI _____ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI _____ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si no, ¿ha recibido una exención de su escuela actual? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> SI _____ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI _____ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si no, ¿ha recibido una exención de su escuela actual? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Por favor note alguna otra información sobre su hijo/a que usted desea que sea comunicada:

\* **IDEA:** Según lo definido por la Ley de Educación para Individuos con Incapacidades (IDEA), el término "niño con incapacidad" se refiere a un niño con: una incapacidad intelectual, una incapacidad auditiva (incluyendo sordera), una incapacidad del habla o del lenguaje, una incapacidad visual (incluyendo ceguera), una alteración emocional grave, una incapacidad ortopédica, autismo, lesión cerebral traumática, otra incapacidad de salud, una incapacidad específica del aprendizaje, sordo elación, o incapacidades múltiples, y que, por razón de ello, necesita educación especial y servicios relacionados.

\*\***Inmunización:** Incluso si su hijo está exento de vacunas, puede ser excluido de la escuela durante un brote de la enfermedad prevenible por la vacuna.