

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 2022-2023

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 el nombre y/o la imagen de mi hijo/a aparezcan en el sitio web de la parroquia, tablas de anuncios, artículos periodísticos, boletín parroquial, aprendizaje remoto sincrónico que puede ser grabado y publicado en el sitio web de la parroquia, y liturgias y eventos transmitidos en vivo y/o registrados asociados con el programa de educación religiosa parroquial.

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: _____ Relación: _____ Teléfono (casa): _____

(Aparte de los padres)

(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 2022-2023

Nombre Completo del niño/a (Primer, [apodo,]} Segundo, Apellido)	Sexo M/F	Nacimiento		Grad o	Nombre de la Escuela que Atiende durante el día	Bautismo		1 ^{ra} Confesión Fecha y Parroquia (Si no fue en San Estanislao)	1 ^{ra} Comunión Fecha y Parroquia (Si no fue en San Estanislao)
		Fecha	Ciudad/Estado			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 nota 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.