

Información de Registro – Para reservar un lugar, por favor regístrese haciendo lo siguiente:

- Para los estudiantes que regresan y tienen un balance pendiente; por favor pasar por la oficinal parroquial para asistencia.
- Entregue esta forma a la oficina de Educación Religiosa con el depósito visitando la Oficina o envíe por correo la forma con el depósito a las Oficinas de la Parroquia al: 4008 Prairie Avenue, Brookfield, IL 60513 Atención: RE Registración. Nuevas familias o familias que no lo han hecho necesitan entregar una copia del certificado de bautismo.
- Registros no serán aceptados al menos que recibamos la forma completa, el depósito y certificados de Bautismo y/o comunión si es requerido.

REQUISITOS PARA: Depósito de colegiatura \$75 – un estudiante, \$100 – dos estudiantes, \$125 – tres o más estudiantes

ACEPTACION DE REGISTRATION Certificados de Bautismo Certificado de Comunión

Opciones de pagos – Pago completo 7 pagos mensuales (el sobre se le entregara con el balance restante)

OPCIÓN PARA PAGAR DIRECTO CON TARJETA. LLAME AL 708-485-2900 PARA MAS INFORMACION

Sta. Bárbara Educación Religiosa - Registración 2019 - 2020

LA EDUCACION RELIGIOSA DE SANTA BÁRBARA ES OFRECIDA MIÉRCOLES O DOMINGO

Colegiatura (por familia)

Un estudiante \$225.00

Dos estudiantes \$355.00

Tres o más estudiantes \$420.00

Cuota por Sacramento (por estudiante)

Comunión \$40.00

Confirmación \$45.00

Mi familia escoge:

Domingo 11:15am – 12:30pm

Miércoles 6:00pm - 7:30pm

INFORMACION DE LA FAMILIA

¿qué lenguaje habla en la casa? Ingles Español Otro _____

Apellido del niño _____ Número de Teléfono _____

Calle _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Estado marital de los padres/representante soltero/a casados—lugar de matrimonio _____

Iglesia a la que asisten regularmente _____

Nombre del Padre _____ Email del Padre _____

Números de teléfonos del Padre _____

Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Padre ha recibido los sacramentos de Bautismo Reconciliación Eucaristía Confirmación

Nombre de la Madre _____ Apellido de Soltera _____

Números de teléfonos de la Madre _____ Correo electrónica _____

Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Madre ha recibido los sacramentos de Bautismo Reconciliación Eucaristía Confirmación

Nombre de Representante _____ Correo electrónico _____

Número de teléfonos de Representante _____

Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Representante ha recibido los sacramentos de Bautismo Reconciliación Eucaristía Confirmación

Información Médica en caso de Emergencia

Número de Emergencia _____ Segundo número de emergencia _____

Nombre Contacto de Emergencia _____ Relación con el niño/a _____

Doctor de la Familia _____ Teléfono del Doctor _____

Hospital de su Preferencia _____ Número telefónico de Hospital _____

Compañía de Seguridad Medica _____ Grupo # _____

Nombre de los miembros _____

Autorización en caso de Emergencia Médica En el caso de que el contacto de emergencia o el doctor de la familia no pudieran ser localizados o contactados, y en el propio juicio de la Coordinadora o algún miembro del grupo de trabajo, en donde haya una necesidad de inmediata examinación y/o tratamiento de mi hijo/a, Yo autorizo a cualquiera de este grupo de trabajo buscar la atención médica necesaria para mi hijo/a.

Firma del Padre/Representante _____

Fecha _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE(S)

Si este niño es nuevo en el programa por favor llenar las líneas con asteriscos (*)

Primer Niño/a Varón Mujer Estudiante nuevo Regresando a Educación Religiosa de Sta. Bárbara

Nombre Completo del Estudiante _____

Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____

Escuela Pública a la que Asiste _____ RE Grado-Otoño 2019 _____

*Fecha de Bautismo _____ *Iglesia _____

**Fecha de 1ra Comunión _____ *Iglesia _____

¿Tiene su hijo/a una condición médica que debemos saber (diabetes, asma, etc.) y tener en consideración? Si No

Si es así, por favor describa _____

Por favor escriba los diversos medicamentos que su hijo/a toma: _____

¿Tiene su hijo/a alergia a alguna comida? Si No

Si tiene alguna alergia, por favor indique que comida debe de evitar su hijo/a: _____

¿Tiene su hijo/a alguna necesidad física y de aprendizaje que debemos conocer? Si No

Si es así, por favor indique las necesidades de su hijo/a y la forma adecuada en que lo podamos ayudar: _____

Si este niño es nuevo en el programa por favor llenar las líneas con asteriscos (*)

Segundo Niño/a Varón Mujer Estudiante nuevo Regresando a Educación Religiosa de Sta. Bárbara

Nombre Completo del Estudiante _____

Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____

Escuela Pública a la que Asiste _____ RE Grado-Otoño 2019 _____

*Fecha de Bautismo _____ *Iglesia _____

*Fecha de 1ra Comunión _____ *Iglesia _____

¿Tiene su hijo/a una condición médica que debemos saber (diabetes, asma, etc.) y tener en consideración? Si No

Si es así, por favor describa _____

Por favor escriba los diversos medicamentos que su hijo/a toma: _____

¿Tiene su hijo/a alergia a alguna comida? Si No

Si tiene alguna alergia, por favor indique que comida debe de evitar su hijo/a: _____

¿Tiene su hijo/a alguna necesidad física y de aprendizaje que debemos conocer? Si No

Si es así, por favor indique las necesidades de su hijo/a y la forma adecuada en que lo podamos ayudar: _____

Si este niño es nuevo en el programa por favor llenar las líneas con asteriscos (*)

Tercero Niño/a Varón Mujer Estudiante nuevo Regresando a Educación Religiosa de Sta. Bárbara

Nombre Completo del Estudiante _____

Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____

Escuela Pública a la que Asiste _____ RE Grado-Otoño 2019 _____

*Fecha de Bautismo _____ *Iglesia _____

*Fecha de 1ra Comunión _____ *Iglesia _____

¿Tiene su hijo/a una condición médica que debemos saber (diabetes, asma, etc.) y tener en consideración? Si No

Si es así, por favor describa _____

Por favor escriba los diversos medicamentos que su hijo/a toma: _____

¿Tiene su hijo/a alergia a alguna comida? Si No

Si tiene alguna alergia, por favor indique que comida debe de evitar su hijo/a: _____

¿Tiene su hijo/a alguna necesidad física y de aprendizaje que debemos conocer? Si No

Si es así, por favor indique las necesidades de su hijo/a y la forma adecuada en que lo podamos ayudar: _____

Yo autorizo la matrícula de mis niños/as al programa de educación Religiosa de Sta. Bárbara. Yo estoy de acuerdo en **pagar la colegiatura y cuotas** como indique. Yo me comprometo a entregar una **copia del Certificado de Bautizo** por cada niño(a) o **documento de haber atendido el año completo (2018-2019) de educación religiosa en otra parroquia.**

Firma del Padre/Representante

Si este niño es nuevo en el programa por favor llenar las líneas con asteriscos (*)

Cuarto Niño/a Varón Mujer Estudiante nuevo Regresando a Educación Religiosa de Sta. Bárbara Nombre Completo del Estudiante _____

Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____

Escuela Pública a la que Asiste _____ RE Grado–Otoño 2019 _____

*Fecha de Bautismo _____ *Iglesia _____

*Fecha de 1ra Comunión _____ *Iglesia _____

¿Tiene su hijo/a una condición médica que debemos saber (diabetes, asma, etc.) y tener en consideración? Si No

Si es así, por favor describa _____

Por favor escriba los diversos medicamentos que su hijo/a toma: _____

¿Tiene su hijo/a alergia a alguna comida? Si No

Si tiene alguna alergia, por favor indique que comida debe de evitar su hijo/a: _____

¿Tiene su hijo/a alguna necesidad física y de aprendizaje que debemos conocer? Si No

Si es así, por favor indique las necesidades de su hijo/a y la forma adecuada en que lo podamos ayudar: _____

Yo autorizo la matrícula de mis niños/as al programa de educación Religiosa de Sta. Bárbara. Yo estoy de acuerdo en **pagar la colegiatura y cuotas** como indique. Yo me comprometo a entregar una **copia del Certificado de Bautizo** por cada niño(a) o **documento de haber atendido el año completo (2018-2019) de educación religiosa en otra parroquia.**

Firma del Padre/Representante