

# Escuela Parroquial de Religión (PSR)

## 2023-2024 Forma de Registración Familiar

Reunión de clases los martes de 3:45-5:00, De Septiembre a Mayo  
**Septiembre 5:** Orientación & Reunión con el Maestro

Nombre de Familia: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

Nombre de soltera de la Madre \_\_\_\_\_

Primer nombre del niño:	Sexo	Fecha de nacimiento	Grado

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Correo electrónico secundario (opcional): \_\_\_\_\_

Cell/ de papá: \_\_\_\_\_ Cell/ de mamá: \_\_\_\_\_

**Soy feligrés de la Catedral de St. Eugene:**       Sí       No

<p><b>Matrícula: \$150/familia</b> <i>Cheques a nombre de St. Eugene Cathedral Parish</i></p>
---

Incluya copias de los Registros Sacramentales de cada niño  
(Certificados de Bautismo, Primera Comuni3n y Confirmaci3n si se recibieron)

Nombre completo del estudiante \_\_\_\_\_  
Fecha de nacim. \_\_\_\_\_ Ciudad de nacim. \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
¿Ha atendido el niño Educación Religiosa previamente? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_  
Información Sacramental: (Fecha/Parroquia/Ciudad & Estado)  
Bautismo \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Reconciliación \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
1<sup>st</sup> Eucaristía \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Confirmación \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nombre completo del estudiante \_\_\_\_\_  
Fecha de nacim. \_\_\_\_\_ Ciudad de nacim. \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
¿Ha atendido el niño Educación Religiosa previamente? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_  
Información Sacramental: (Fecha/Parroquia/Ciudad & Estado)  
Bautismo \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Reconciliación \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
1<sup>st</sup> Eucaristía \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Confirmación \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nombre completo del estudiante \_\_\_\_\_  
Fecha de nacim. \_\_\_\_\_ Ciudad de nacim. \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
¿Ha atendido el niño Educación Religiosa previamente? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_  
Información Sacramental: (Fecha/Parroquia/Ciudad & Estado)  
Bautismo \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Reconciliación \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
1<sup>st</sup> Eucaristía \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Confirmación \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nombre completo del estudiante \_\_\_\_\_  
Fecha de nacim. \_\_\_\_\_ Ciudad de nacim. \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
¿Ha atendido el niño Educación Religiosa previamente? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_  
Información Sacramental: (Fecha/Parroquia/Ciudad & Estado)  
Bautismo \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Reconciliación \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
1<sup>st</sup> Eucaristía \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Confirmación \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nombre completo del estudiante \_\_\_\_\_  
Fecha de nacim. \_\_\_\_\_ Ciudad de nacim. \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
¿Ha atendido el niño Educación Religiosa previamente? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_  
Información Sacramental: (Fecha/Parroquia/Ciudad & Estado)  
Bautismo \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Reconciliación \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
1<sup>st</sup> Eucaristía \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Confirmación \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

# Foto y Autorización Médica

Nombre de los estudiantes:

---

---

---

AUTORIZACIÓN MÉDICA: Entiendo que se hará todo esfuerzo por contactarme en caso de daño o accidente ocurrido/s a mi niño/a pero en caso de que no pudieran localizarme, por la presente autorizo al representante diocesano dar su consentimiento en cualquier tratamiento médico o quirúrgico que sea considerado necesario o aconsejable por el médico o enfermero/a en turno. Queda entendido que esta autorización es dada con anterioridad a algún diagnóstico, tratamiento o cuidado de hospital que sea requerido, es por tanto, concedido para proveer autoridad a través de mi agente para dar consentimiento específico por alguna o por todos los susodichos diagnósticos, tratamientos o cuidados de hospital, los cuales el médico o enfermero/a mencionado antes en el ejercicio de su mejor juicio considere aconsejable. Esta autorización es concedida conforme a las provisiones aplicables a la familia en el código del Estado de California y el Código de Salud de California.

Firma del Padre a cargo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

AUTORIZACIÓN PARA FOTO/VIDEO: Por medio de la presente autorizo la toma de fotos o grabación de videos, u otra forma conmemorativa de este programa o participación de mi niño en él, así como la publicación u otro uso que se haga del mismo. Por la presente renuncio, por lo tanto, a cualquier derecho de compensación o derecho que podría de otra manera limitar o controlar dicho uso o reproducción de este programa junto con la participación de mi niño en él, así como la publicación u otro uso dado a dicho material.

Firma del Padre a cargo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor, enumere a continuación cualquier alergia a los alimentos:

---

---

---

Por favor enliste abajo alguna otra información adicional que le gustaría compartir acerca de su niño/a incluyendo algún tipo de necesidades especiales. Muchas gracias.

---

---

---

---

---