

Parroquia de Santa Katharine Drexel

11361 Prospect Dr., Jackson, CA 95642

(209)223-2970 stkatharinedrexel.com

Registro para clases de Catecismo- Estudiantes del segundo Año

\$40.00 por estudiante en año regular o \$60.00 por año sacramental

\$100 por tres o mas estudiantes de la misma familia.

GRADO: _____

Año escolar **2020-2021**

Nombre del Estudiante _____
Primer Nombre Segundo Apellido

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento _____
CIUDAD/ESTADO

Domicilio del estudiante: _____ Ciudad: _____

Código Postal: _____ Correo Electrónico: _____
El estudiante vive con: ____ Padre ____ Madre ____ Guardian

Nombre del Padre: _____
Primer Nombre Segundo Apellido

Nombre de la Madre: _____
Primer Nombre Segundo Apellido

Nombre del guardian: _____
Primer Nombre Segundo Apellido

Religion del Padre: _____ Religion de la Madre: _____

Primer # de telefono: _____ Segundo # de telefono: _____

**NECESITAMOS EL CERTIFICADO DE BAUTIZMO ANTES DE QUE
EMPIENZEN LAS CLASES**

Capilla y ciudad de Bautizo: _____

Fecha: _____

____ El estudiante no está bautizado

____ El estudiante era bautizado en otra Tradición Cristiana (Metodista, Bautista, etc.)

El estudiante ha celebrado los siguientes Sacramentos:

____ Eucaristía ____ Confesión ____ Confirmación

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

El estudiante tiene permiso de ser recogido por:

- _____
- _____

Problemas de salud del estudiante, alergias, necesidades especiales (especifique por favor)

EN CASO DE UNA EMERGENCIA, SI LOS PADRES NO ESTAN AL ALCANCE,
POR FAVOR CONTACTE A:

- | | | |
|--------|----------|----------------------------|
| Nombre | Teléfono | Relación con el estudiante |
|--------|----------|----------------------------|

**SALUD DE EMERGENCIA/INFORMACION GENERAL Y
CONCENTIMIENTO**

En el caso de una emergencia, Yo, el que firma Padre/Guardian del estudiante nombrado en esta forma, por medio de la presente doy permiso a St. Katharine Drexel y sus empleados, agentes, representantes y adultos voluntarios, organizar y autorizar un tratamiento médico, dental o de emergencia quirúrgica para mi hijo, si es considerado como necesario por el médico. Yo deseo ser avisado por el hospital o doctor antes de cualquier tratamiento que proceda a la emergencia.

Doctor Familiar: _____

Teléfono: _____ Nombre de Aseguranza medica: _____

Número de política: _____

Firma del Padre o Guardian: _____ Fecha: _____

(Sólo para uso de oficina)

Certificado de Bautizo _____ Pago de Matriícula _____

Fecha/iniciales _____