

SAINT MARK
THE EVANGELIST PARISH
ESCUELA DE EDUCACIÓN RELIGIOSA

1924 Zephyr Avenue, Ft. Pierce, FL 34982 Teléfono: (772) 461-8150 (Oficina parroquial)
SAINTMARKCCD@GMAIL.COM

FORMULARIO PARA EDUCACIÓN RELIGIOSA

Nombre de la persona que brinda la información solicitada: _____

¿Qué relación posee con el/la estudiante(s)? Madre Padre Tutor legal Otro (indique por favor):

INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre completo del padre: _____

Dirección de casa: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Número de celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Cuál es la mejor manera para comunicarnos con usted? (Indique su preferencia):

Llamada telefónica a casa Llamada telefónica a su celular Mensaje de texto Correo electrónico

Nombre completo de la madre: _____

Teléfono de casa: _____ número de celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

(Complete esta información solamente si es diferente a la información de papá)

Dirección de casa: _____ Código Postal: _____

¿Cuál es la mejor manera para comunicarnos con usted? (Indique su preferencia):

Llamada telefónica a casa Llamada telefónica a su celular Mensaje de texto Correo electrónico

Nombre completo del Tutor legal: _____

Dirección: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ número de celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Cuál es la mejor manera para comunicarnos con usted? (Indique su preferencia):

Llamada telefónica a casa Llamada telefónica a su celular Mensaje de texto Correo electrónico

¿El/Los padre(s) de familia o tutor legal están registrados en San Marcos? SI NO

Si no, especifique el nombre de la Parroquia donde están registrados: _____

Por favor marque aquí si desea registrarse en la Parroquia de San Marcos.

PARA LOS SACRAMENTOS NO RECIBIDOS EN SAN MARCOS adjunte una copia de los certificados

INFORMACION DE HIJOS/ESTUDIANTES

NOMBRE COMPLETO: _____

Fecha de nacimiento: _____ **Lugar de nacimiento:** _____ **Grado escolar 2019/2020:** _____

Fecha de Bautismo _____ **Datos de la iglesia:** _____

Fecha de Primera Comunión _____ **Datos de la iglesia** _____

Fecha de Confirmación _____ **Datos de la iglesia:** _____

¿Tiene alergias a algún tipo de alimentos o medicamentos? Si No

Si respondió si, por favor especifique: _____

Alguna circunstancia que usted crea que sea importante conocer para la educación de su hijo/a: _____

¿Está solicitando ingresar al curso escolar sobre educación religiosa para el año escolar 2019/2020? _____

NOMBRE COMPLETO: _____

Fecha de nacimiento: _____ **Lugar de nacimiento:** _____ **Grado escolar 2019/2020:** _____

Fecha de Bautismo _____ **Datos de la iglesia:** _____

Fecha de Primera Comunión _____ **Datos de la iglesia** _____

Fecha de Confirmación _____ **Datos de la iglesia:** _____

¿Tiene alergias a algún tipo de alimentos o medicamentos? Si No

Si respondió si, por favor especifique: _____

Alguna circunstancia que usted crea que sea importante conocer para la educación de su hijo/a: _____

¿Está solicitando ingresar al curso escolar sobre educación religiosa para el año escolar 2019/2020? _____

NOMBRE COMPLETO: _____

Fecha de nacimiento: _____ **Lugar de nacimiento:** _____ **Grado escolar 2019/2020:** _____

Fecha de Bautismo _____ **Datos de la iglesia:** _____

Fecha de Primera Comunión _____ **Datos de la iglesia** _____

Fecha de Confirmación _____ **Datos de la iglesia:** _____

¿Tiene alergias a algún tipo de alimentos o medicamento? Si No

Si respondió si, por favor especifique: _____

Alguna circunstancia que usted crea que sea importante conocer para la educación de su hijo/a: _____

¿Está solicitando ingresar al curso escolar sobre educación religiosa para el año escolar 2019/2020? _____

CONSENTIMIENTO Y EXONERACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO:

Yo, _____ Padre / Madre / Tutor legal de _____

Por la presente doy permiso para que él / ella asista a el programa de educación religiosa y sea atendido si ocurriera una emergencia médica en mi ausencia mientras participa en el programa. El supervisor adulto puede actuar como mi representante en mi ausencia. En caso de un accidente, no hago responsable la diócesis de Palm Beach, los maestros de la parroquia de San Marcos, su personal o el supervisor adulto.

En caso de emergencia, si no puedo ser contactado en la dirección y teléfono mencionados arriba, por favor comuníquese con:

Nombre completo: _____ Teléfono: _____

Relación _____ ¿Pueden retirarse los niños con esta persona? SI NO

Nombre completo: _____ Teléfono: _____

Relación _____ ¿Pueden retirarse los niños con esta persona? SI NO

FIRMA DEL PADRE / MADRE / TUTOR LEGAL: _____