Iglesia Católica Sagrado Corazon de Jesús

Forma de Registro Escuela Parroquial de Religión (PSR)

Año Pastoral 2022-2023

**Primera Comunión, Confirmación 1, y clases para Padres se reunirán los miércoles de 6:00pm a 7:30pm.**

**Clases de Confirmación 2 se reunirán los domingos de 4:00 pm a 5:30 pm.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del niño: | Fecha de nacimiento: |

|  |  |
| --- | --- |
| Genero:  | Grado: |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Esta su hijo bautizado?  | De ser así, ¿dónde? |

|  |
| --- |
| ¿Cuál clase Sacramental su hijo tomará?* Primera Comunión
* Confirmación 1 (8vo Grado)
* Confirmación 2 (9no Grado)
 |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Tiene su hijo alguna alergia? De ser así, por favor enlistarlas: | ¿Se le ha recetado a su hijo un epipen, un inhalador o cualquier otro dispositivo médico que deba acompañarlo? |

|  |
| --- |
| ¿Tiene su hijo alguna necesidad o consideración especial con respecto al aprendizaje? De ser así, por favor explique. |

|  |
| --- |
| Nombre Padre/Guardian(s): |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Numero de tel.: | Dirección:  | Correo electrónico: |

|  |  |
| --- | --- |
| Estatus marital de los Padres:* Casados
* Divorciados
* Separados
* Otro
 | ¿Hay algún problema de custodia del que debamos estar al tanto? Por favor explique |

|  |  |
| --- | --- |
| Contacto de emergencia: | Número de tel. del contacto de emergencia: |

|  |
| --- |
| Relación con el niño:  |

|  |
| --- |
| Las reuniones de padres se llevarán a cabo al mismo tiempo que PSR cada miércoles. Estas reuniones se enfocarán en ayudar a los padres como el catequista principal en el hogar. También proporcionarán estudio y discusión sobre cómo ayudar a nuestros hijos a navegar varios problemas sociales, emocionales y personales. ¿Planeas asistir a estas reuniones? **Si/No** |

|  |
| --- |
| Si bien se **recomienda encarecidamente** a los padres que asistan a las reuniones de padres durante la clase de PSR de sus hijos, entendemos que es posible que algunos no puedan hacerlo. Por esta razón, enumere a cualquier otra persona que pueda recoger a su hijo de la clase. Cualquier persona que no figure en este formulario no podrá recoger a su hijo. |
| Nombre completo: | Número de teléfono: |
| Nombre completo: | Número de teléfono: |
| Nombre completo: | Número de teléfono: |
| Nombre completo: | Número de teléfono: |
| Nombre completo: | Número de teléfono: |

|  |
| --- |
| Si mi hijo requiere atención médica inmediata, autorizo a un representante de la Iglesia del Sagrado Corazón para que actúe en mi nombre. **Si / No**  |

|  |
| --- |
| Doy mi permiso para que mis hijos sean fotografiados y/o grabados en video para fines de planificación de programas y relaciones públicas (sitio web de la iglesia y cuentas de redes sociales de la iglesia). Esto incluye la foto grupal del sacramento enviada al boletín de One Voice y el boletín del Sagrado Corazon. **Si / No**   |

|  |  |
| --- | --- |
| Firma: | Fecha: |