

**Nuestra Señora de Fátima**  
**105 N La Esperanza**  
**San Clemente, CA 92672**  
**949-492-4101**



**Forma de inscripción de Confirmación 2023-2024**

Información del padre / tutor

Nombre \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
 Relación con el estudiante \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_  
 Celular \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico de los padres \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico del adolescente \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

Autorizo a la Iglesia de Nuestra Señora de Fátima usar nuestras imágenes para presentaciones de la iglesia, mercadeo, publicidad, promoción e instrucción.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Primer año de confirmación**

**Costo: \$175** (Se requerida un depósito de \$50, si el registro no se paga por completo.)

**Grado 9-12 Los domingos 6:00-8:00pm**

El nombre del estudiante (primero y último)	Edad	Fecha de Nacimiento	Sexo H/M	Grado	# de Celular del adolescente	Esta Bautisado Si / No	Primera comunión Si / No	Nombre de Escuela

**Segundo año de confirmación**

**Costo: \$375 Incluye el retiro de fin de semana del C2**

(Se requiere un depósito de \$100, si el registro no se paga por completo.)

**Grado 9-12 Los domingos 6:00-8:00pm**

El nombre del estudiante (primero y último)	Edad	Fecha de Nacimiento	Sexo H/M	Grado	# de Celular del adolescente	Esta Bautiado Si / No	Primera comunión Si / No	Nombre de Escuela

Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Alergias u otras condiciones médicas: \_\_\_\_\_

Autorizo a la Iglesia de Nuestra Señora de Fátima a obtener tratamiento médico de emergencia para mi hijo(a) si no me pueden localizar:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Cuota de inscripción _____	Cantidad pagada _____	Cantidad que debe _____
----------------------------	-----------------------	-------------------------