

Parroquia de Santo Tomás Apóstol  
**FORMULARIO DE REGISTRO PARA FORMACION EN LA FE 2019-2020**  
3774 Jackson St. Riverside, CA 92503 951-689-1131 ext. 240

**Primaria K-6<sup>o</sup>**  
\_\_\_ Miércoles 4:30-5:30 \_\_\_ Miércoles 6:30-7:30  
\_\_\_ Domingo 12:30-1:30

**Middle School 7<sup>mo</sup> y 8<sup>vo</sup>**  
\_\_\_ Miércoles 6:30-7:30 \_\_\_ Domingo 12:30-1:30

**\*Se ofrece preparación para la Primera Comunión en todos los niveles**

**INFORMACIÓN DE LOS PADRES**

NOMBRE COMPLETO DEL PAPÁ: \_\_\_\_\_ Mejor # para contactarlo: \_\_\_\_\_

Lenguaje: Inglés Español ¿Ya recibió todos los sacramentos? \_\_\_\_\_ ¿Está interesado en Formación en la Fe para adultos? \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO DE LA MAMÁ: \_\_\_\_\_ Mejor # para contactarla: \_\_\_\_\_

Lenguaje: Inglés Español ¿Ya recibió todos los sacramentos? \_\_\_\_\_ ¿Está interesado en Formación en la Fe para adultos? \_\_\_\_\_

APELLIDO DE SOLTERA DE LA MAMÁ: \_\_\_\_\_ # de celular para recibir alertas de texto: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO DE LA FAMILIA: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ # DE APARTAMENTO: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: nombre/relación \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Podemos publicar fotografías y/o videos de sus hijos participando en los eventos de la parroquia en nuestra página web o Facebook de Santo Tomás? \_\_\_ Si \_\_\_ No Por favor ponga sus iniciales: \_\_\_\_\_

¿A cuál misa asiste regularmente su familia? Sábado: 5 p.m. 6:30 (español) Domingo: 7 a.m. 9 a.m. 11 a.m. 5 p.m.

**Niño # 1 Grado** (en otoño): \_\_\_ Nivel de comunión. \_\_\_ FF. \_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Género: \_\_\_ Edad: \_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
**Año de bautismo:** \_\_\_\_\_  
Parroquia de Bautismo: \_\_\_\_\_  
¿Ya recibió la 1<sup>ra</sup> Comunión? **Sí** \_\_\_ **No** \_\_\_  
¿A cuál escuela asiste? \_\_\_\_\_  
Necesidades especiales: \_\_\_\_\_

**Niño # 2 Grado** (en otoño): \_\_\_ Nivel de comunión. \_\_\_ FF. \_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Género: \_\_\_ Edad: \_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
**Año de bautismo:** \_\_\_\_\_  
Parroquia de Bautismo: \_\_\_\_\_  
¿Ya recibió la 1<sup>ra</sup> Comunión? **Sí** \_\_\_ **No** \_\_\_  
¿A cuál escuela asiste? \_\_\_\_\_  
Necesidades especiales: \_\_\_\_\_

**Niño # 3 Grado** (en otoño): \_\_\_ Nivel de comunión. \_\_\_ FF. \_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Género: \_\_\_ Edad: \_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
**Año de bautismo:** \_\_\_\_\_  
Parroquia de Bautismo: \_\_\_\_\_  
¿Ya recibió la 1<sup>ra</sup> Comunión? **Sí** \_\_\_ **No** \_\_\_  
¿A cuál escuela asiste? \_\_\_\_\_  
Necesidades especiales: \_\_\_\_\_

**Niño # 4 Grado** (en otoño): \_\_\_ Nivel de comunión. \_\_\_ FF. \_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Género: \_\_\_ Edad: \_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
**Año de bautismo:** \_\_\_\_\_  
Parroquia de Bautismo: \_\_\_\_\_  
¿Ya recibió la 1<sup>ra</sup> Comunión? **Sí** \_\_\_ **No** \_\_\_  
¿A cuál escuela asiste? \_\_\_\_\_  
Necesidades especiales: \_\_\_\_\_

**INSCRIPCIÓN Office Use Only**

**K thru 8<sup>th</sup>** ☐\$65 one child ☐\$105 two children ☐\$145 three children ☐\$185 four children **\$25 First Communion fee** \_\_\_ (2<sup>nd</sup> yr only)

**Total Tuition Due:** \_\_\_\_\_ **Tuition Paid (at time of registration):** \_\_\_\_\_ **Cash/Check** \_\_\_\_\_ **Balance Due:** \_\_\_\_\_ **Defer\$:** \_\_\_\_\_

## *Diócesis de San Bernardino*

### **Declaración de los Padres de Liberación de Responsabilidad Médica**

**Nombre del participante (1):** \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Alergias/Discapacidades/Problemas médicos:** \_\_\_\_\_

¿El participante toma algún medicamento recetado o no recetado? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Nombre del participante (2):** \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Alergias/Discapacidades/Problemas médicos:** \_\_\_\_\_

¿El participante toma algún medicamento recetado o no recetado? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Nombre del participante (3):** \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Alergias/Discapacidades/Problemas médicos:** \_\_\_\_\_

¿El participante toma algún medicamento recetado o no recetado? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Nombre del participante (4):** \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Alergias/Discapacidades/Problemas médicos:** \_\_\_\_\_

¿El participante toma algún medicamento recetado o no recetado? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Nombre de los padres:** \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia #1: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia #2: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico Familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Aseguranza médica: \_\_\_\_\_ # de Póliza: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (inicial) Entiendo que en caso de que sea necesaria una intervención médica, se hará todo lo posible por contactar a las personas enlistadas en esta forma. Si las personas no pueden ser contactadas en una emergencia, doy mi permiso al doctor o dentista seleccionado por el líder de la actividad de hospitalizar, y garantizar tratamiento médico y pedir una inyección, anestesia o cirugía para mi hijo si se considera necesario.

\_\_\_\_\_ (inicial) Entiendo que todas las medidas de seguridad razonables serán tomadas por: el Programa de Formación en la Fe de Santo Tomás y por el Coordinador de Catecismo. Entiendo las posibilidades de peligros inesperados y sé que existe la posibilidad o el riesgo. Estoy de acuerdo en no responsabilizar a la Parroquia de Santo Tomás Apóstol, 3774 Jackson St., Riverside, CA, 92503, a sus líderes, empleados y voluntarios por los daños, pérdidas, enfermedades o lesiones sufridas por el sujeto de esta forma.

Firma del padre o guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_