

St. Joseph \* Catecismo  
61 N. 23<sup>RD</sup> St. \* Battle Creek, MI. 49015  
Escriba con letra de Imprenta por favor. La información es confidencial.

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_ Parroquia: \_\_\_\_\_

(Name of Father)

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_ Parroquia: \_\_\_\_\_

(Name of Mother)

Padres: Casados: \_\_\_\_\_ Separados: \_\_\_\_\_ Divorciados: \_\_\_\_\_ Viuda/Viudo: \_\_\_\_\_

Parents:

Married

Separated

Divorced

Widow

¿Con quien vive el estudiante o los estudiantes? \_\_\_\_\_

(With whom does the child live?)

Domicilio de correo de la familia: \_\_\_\_\_

(Address of Family)

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Posta: \_\_\_\_\_ Teléfono del Hogar: \_\_\_\_\_

(city)

(zip code)

(Home phone)

Por favor proporcione una dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Persona de Contacto en caso de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

(Contact person in case of emergency)

Relación a estudiante: \_\_\_\_\_

(relation to student)

<p>¿Cuál es la mejor manera de ponerse en contacto con usted?</p> <p><input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Texto: _____</p> <p><b>Preferencia de contacto urgente:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Texto: _____</p>	<p>¿En qué idioma debemos ponernos en contacto con usted?</p> <p><input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español</p> <p>¿Hay algún comportamiento que el catequista de su hijo deba conocer? (por ejemplo, dificultades de atención, autismo, etc.) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--

<u>Nombre del Niño</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>'24 -'25 Grado escolar</u>	<u>Grado de educación de religión nivel</u>	<u>Sacraments</u> <u>ALREADY Received</u> B=Bautizo R=Confesión E=Comunión C=Confirmación <u>Circular todo que aplica</u>	<u>Iglesia, Ciudad, y Estado de Bautizo</u>
1.				B R E C	
2.				B R E C	
3.				B R E C	
4.				B R E C	

<u>Tasas de catequisis</u>		
	<u>A tiempo</u>	<u>Tarde (18 de agosto)</u>
1 Niño	<b>\$65.00</b>	<b>\$75.00</b>
2 Niños	<b>\$80.00</b>	<b>\$90.00</b>
3 o mas	<b>\$95.00</b>	<b>\$105.00</b>
Cantidad:		
Afectiva o cheque #:		
# De recibo:		
Fecha:		
Persona que recibió:		
<b><u>Tiene que pagar cuando registran. CAMBIO EXACTO</u></b>		
____ Los niños en nivel 2 comunión, por favor \$10 por costo de retiro		
____ confirmación, por favor \$25 por costo de retiro		

¿A qué colegios van sus hijos? Enumere según el número...

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

**El Diocese de Kalamazoo requiere** todos que hacen voluntarios y trabajan con niños tienen que atender las clases "Protecting God's Children-Protegiendo los niños de Dios" y tiene que tener un referencia de la policía.

Si haz cumplido las clases por favor informarnos cuando e adonde.

Firma de padre \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

## EMERGENCIA MÉDICA FORMA DE AUTORIZACIÓN

A quien pueda interesar:

Como padre / tutor, por la presente autorizo el tratamiento de un médico calificado y con licencia de cualquier condición que, en opinión del médico, se considera necesario y apropiado. Esta autorización sólo se concede después de un esfuerzo razonable se ha hecho llegar a mí.

POR FAVOR escribir con letras de imprenta

Nombre del menor: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Razón por la cual se pretende la liberación: el tratamiento de emergencia  
en San José Clases de Educación Religiosa

Dirección del Menor: Ciudad \_\_\_\_\_:  
\_\_\_\_\_

Teléfono de Emergencia (s): \_\_\_\_\_

Médico de familia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del médico: \_\_\_\_\_ Ciudad:  
\_\_\_\_\_

Las alergias, medicamentos, contactos u otros comentarios pertinentes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datos de Salud de Seguros:

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_ Política:  
\_\_\_\_\_

Grupo: \_\_\_\_\_ contrato: \_\_\_\_\_

Asimismo, autorizo a la persona que presenta los menores a firmar el acuse de recibo de los Derechos de Confidencialidad que se puedan presentar por el médico o centro de salud.

Esta autorización se ha completado y firmado de mi propia voluntad con el único propósito de autorizar el tratamiento médico necesario y apropiado por el médico tratante.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
(Padre o tutor)