

Iglesia Católica de St. Olaf
18943 Caldart Avenue NE
Poulsbo, WA 98370
(360) 779-4291

DEVOLUCIÓN ESTUDIANTE REGISTRO

SÓLO PARA USO DE
OFICINA

Fecha de recepción:

Formación de Fe
Programa de Educación Religiosa
2016-17

(Por Favor Imprimir)

Por favor, RELLENE UN FORMULARIO PARA CADA NIÑO

¿Ha habido algún CAMBIO DESDE EL AÑO PASADO?

Por favor **MARQUE SÍ / NO CAJAS** abajo e introduce la nueva información, según sea necesario.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido (Apellido utilizado en la escuela)	Primer nombre	Inicial del Segundo Nombre
Apodo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de Cumpleaños	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Nombre de Escuela <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Grado (Año 2016-17)	

SACRAMENTOS DE LA INICIACIÓN

Por favor, consulte más abajo si su hijo va a tomar clases de iniciación sacramental **este año** en:

Reconciliación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Confesión: Por lo general, grado 2)	Eucharist <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Comunión: Por lo general, grado 2)	<input type="checkbox"/> Confirmación (Edad 16 por Pascua 2017)
Al menos UNO DE LOS PADRES es necesaria para asistir a clases anteriores con el niño.		

Fue bautizado a su hijo en el St. Olaf? Sí No

(Si es así, una copia de su certificado de bautismo **NO ES NECESARIO** para las clases de iniciación sacramental.)

(Si no, UNA COPIA DE BAPTISMO certificado es necesaria para las clases de iniciación sacramental.)

Si no está bautizado en St. Olaf, donde fue bautizado a su hijo?		
Nombre de la Iglesia, donde los Bautizados <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha Bautizado	Ciudad, Estado, Código Postal, País
Recibió su hijo la primera comunión en St. Olaf? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	(Si es así, hay una copia del certificado necesario.) (Si no, requiere ninguna acción.)	

ESTUDIANTE DE MEDICINA HISTORIA

Por favor explique cualquier condición médica que deberíamos tener en cuenta. Sí No

Alergias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, explique las alergias. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

LOCAL CASO DE EMERGENCIA

Nombre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relacion Hacía el Niño <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de Teléfono <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
EN CASO DE EMERGENCIA, si no se puede llegar padre / tutor o contacto local, se autoriza al portador de esta forma de actuar en su nombre para buscar tratamiento médico, según se considere necesario, para que el niño registrado en este formulario.		
Firma del Padre / Tutor	Fecha	

Por favor, enviar formularios de inscripción completos a Kim Baumann en la Oficina Parroquial o R. E. edificio.

PREGUNTAS? Llame a Kim en 360-779-4291, Ext. 105, o al correo electrónico stolafformation@embarqmail.com