

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

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

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE		
Apellido (Apellido utilizado en la escuela)	Primer nombre	Inicial del Segundo Nombre
Apodo	Fecha de Cumpleaños	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Nombre de Escuela	Grado (Año 2016-17)	
SACRAMENTOS DE LA INICIACIÓN		
Por favor, consulte más abajo si su hijo va a tomar clases de iniciación sacramental <u>este año</u> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 BAUTISMO 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	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.		
Alergias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, explique las alergias.	
LOCAL CASO DE EMERGENCIA		
Nombre	Relacion Hacia el Niño	Número de Teléfono
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

Fecha de revisión 03/08/16KPB