



Forma de Registración para Confirmación

Usar letra de molde

Información del candidato:

Nombre: _____

Dirección : _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Papas con los que vive: Mamá Papá Ambos Otro: _____

Correo electrónico: _____ celular: _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ ¿Recibe Mensaje de Texto?: Si No

Edad para Mayo 15th, 2019: _____

Escuela a la que asiste: _____ Grado: _____ Masculino Femenino

Información de la familia:

Nombre de la mamá: _____

Nombre de soltera de la mamá: _____

Correo electrónico: _____ celular: _____

¿Recibe Mensaje de Texto?: Si No

Nombre del Papá: _____

Correo electrónico: _____ celular: _____

¿Recibe Mensaje de Texto?: Si No

Archivos:

Bautizado
(*si esta bautizado en la parroquia del Pastor del Valle anótelo aquí, si no traer una copia del acta de bautiso)

Primera Comunión Fecha: _____ Lugar: _____

Registrado en la Parroquia Pastor del Valle
(*si no esta registrado en la Parroquia Pastor del Valle tendran que obtener un permiso del parroco en la parroquia en que estan registrados)

Para uso de oficina

Cuota para Confirmacion: \$100

Cantidad pagada: _____

Efectivo o cheque #: _____

Fecha : _____

PARROQUIA/ESCUELA
FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE EMERGENCIA PARA
ESTUDIANTES/JÓVENES

Nombre del niño/a _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Cód. Postal _____

Padres(s)/Guardián(es) _____ Teléfono _____

Persona con la que vive el niño/a _____

Parroquia/Escuela que solicita el formulario _____

Nombre de las personas a notificar en caso de una emergencia:

Nombre _____ Teléfono 1 _____ 2 _____

Nombre _____ Teléfono 1 _____ 2 _____

Nombre _____ Teléfono 1 _____ 2 _____

Nombre del doctor de la familia _____ Teléfono _____

Fecha de la última inmunización ó refuerzo contra el tétano _____

Alergias (comida, medicamentos, insectos, etc.) _____

¿Está el niño/a, actualmente, bajo algún medicamento? Sí No Si sí, por favor explique a continuación:

Nombre _____ Dosis _____ Motivo para el medicamento _____

Nombre del médico que prescribe _____ Teléfono _____

Por favor, anote cualquier herida, cirugía reciente, enfermedad prolongada, medicamento actual, lentes correctivos, problemas especiales de salud u otros asuntos que requieran especial atención, que podrían ayudar al personal de emergencia a proporcionar el cuidado apropiado para su niño/a.

Información del seguro médico:

Nombre de la compañía del seguro médico _____

Número de identificación o del grupo _____

Yo, autorizo a la Parroquia/Escuela y a sus representantes a usar su juicio para determinar el cuidado y procedimiento médico para mi niño/a. Entiendo y estoy de acuerdo también, que la Parroquia/Escuela no asume ninguna responsabilidad financiera por los gastos incurridos por el servicio y transporte de emergencia.

Firma del Padre/Guardián

Fecha

**POR FAVOR ACTUALICE ANUALMENTE ESTA INFORMACION Y CONSERVELA EN
EL EXPEDIENTE DEL ESTUDIANTE/JOVEN**
