

St. Roman & St. Charles Borromeo
Programa Colaborativo de Formación en la Fe
2026-2027
1° a 5° Grado Formulario de registro

St. Roman Parish
1710 W. Bolivar Ave.
Milwaukee, WI 53221

St. Charles Borromeo
5571 S. Marilyn St.
Milwaukee, WI 53221

Miembro de Parroquia: ☐ St. Roman ☐ St. Charles Borromeo ☐ Otra:

Fecha:

INFORMACIÓN DE ESTUDIANTE

Primer nombre:

Segundo nombre:

Apellido:

Por favor marque una:

☐ **Masculino**

☐ **Femenino**

Fecha de nacimiento:

Escuela:

Grado a partir de septiembre de 2026:

¿HA RECIBIDO EL ESTUDIANTE LOS SIGUIENTES SACRAMENTOS?

Bautismo:

☐ Si ☐ No

Iglesia de bautismo:

1ra Comunión:

☐ Si ☐ No

Reconciliación: ☐ Si ☐ No

INFORMACIÓN DE PAPAS

Primer nombre de padre:

Apellido:

Religión:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Celular:

Correo electrónico:

Primer nombre de madre:

Apellido:

Religión:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Celular:

Correo electrónico:

El estudiante reside con: ☐ Padre y Madre ☐ Solo Madre ☐ Solo Padre ☐ Padre y Madre (entre dos casas) ***Por favor indique las dos direcciones en la parte de Información de Papas**

Mandar correo a: ☐ Padre y Madre ☐ Solo Madre ☐ Solo Padre ☐ Padre y Madre (entre dos casas)

Idioma hablado en casa: ☐ Ingles ☐ Español ☐ Otro: _____



COSTOS DE REGISTRACIÓN

1 Estudiante	\$115.00
2 Estudiantes	\$200.00
3+ Estudiantes	\$285.00

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

La necesidad de recaudar esta información es en el caso de que sea necesario ser sensible a su familia y su (s) hijo (s).

Estado civil de los padres: ☐ Casados ☐ Separados ☐ Divorciados ☐ Solteros ☐ Viudo/a

Ocupación | Padre: Madre: Padraastro:

Se necesita interprete para:

¿Hay alguna discapacidad física, emocional, de aprendizaje, o alguna otra necesidad especial?

Nombre de estudiante: Indique:

¿Hay algún medicamento o condición médica, como alergias, diabetes o necesidad de EpiPen?

Nombre de estudiante: Indique:

NOTAS ADICIONALES:

- Un depósito no reembolsable de \$50.00 por estudiante se pagará al registrarse. Este depósito se acreditará al balance total. Favor de hacer su cheque a nombre de St. Roman Parish.
- Todas registraciones deben incluir una copia de la **fe de bautismo** del estudiante.
- Las ausencias excesivas resultan en dificultades para recuperar el material perdido. A los estudiantes se les **permite tres ausencias justificadas**. Después de la cuarta ausencia, el estudiante necesitará repetir el año. Además, si un estudiante llega tarde tres veces, será marcado como una ausencia.

FIRMA DE PADRES O GUARDIÁN

Firma

Fecha:

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Student Name: Date:

OCIA Candidate: ☐ Yes ☐ No Date:

Sacrament Needed: ☐ Baptism ☐ Communion ☐ Reconciliation ☐ Confirmation Date:

Copy of Baptismal Certificate on file at CYF office: Date:

AMOUNT REC'D	CASH/CHECK	DATE	BALANCE

☐ Spanish ☐ English

ST ROMAN & ST CHARLES BORROMEO

St. Roman Parish
1710 W. Bolivar Ave.
Milwaukee, WI 53221

FORMULARIO DE INFORMACIÓN 2026-2027

St. Charles Borromeo
5571 S. Marilyn St.
Milwaukee, WI 53221

Miembro de Parroquia: ☐ St. Roman ☐ St. Charles Borromeo ☐ Otro: _____

(Escriba el nombre en letra de imprenta)

Yo, _____, doy mi consentimiento para el uso por parte de St. Roman / St. Charles Borromeo de cualquier video, fotografía, fotografía para proyectores, cinta de audio o cualquier otra reproducción visual o de audio en la que yo o mi hijo/a podamos aparecer. Entiendo que estas actividades promocionales se extienden al reclutamiento, recaudación de fondos, etc. Liberó al personal, voluntarios, etc. de St. Roman / St. Charles Borromeo de cualquier responsabilidad relacionada con el uso de mi imagen o voz o la de mi hijo/a grabación como parte de cualquiera de las actividades anteriores o similares.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre de estudiante(s):

(Escriba el nombre en letra de imprenta)

_____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____

_____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____

_____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____

Contacto de Emergencia

Idioma que se habla en casa: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____

Mi hijo tiene permiso para caminar a casa después de las clases o eventos de CFF: ☐ Si ☐ No

Madre/Guardián Legal _____ Celular _____

Correo electrónico _____

Padre/Guardián Legal _____ Celular _____

Correo electrónico _____

Las siguientes personas (que no sean los padres con custodia) están autorizadas a levantar a mi hijo/a de la Clase de doctrina (CFF), con la condición de que se notifique la directora por escrito o por teléfono:

Nombre _____ Celular _____

Dirección _____ Relación _____

Cada familia es responsable de planear a dónde debe ir su hijo en caso de salida anticipada debido al mal tiempo o otra emergencia. Si no se puede comunicar con los padres, notifique:

Nombre _____ Dirección _____ Celular _____

Médico de familia _____ Teléfono _____

Por la presente autorizo a la Directora de CYF o la directora de ministro Juvenil de llamar al médico mencionado anteriormente o de llamar al 911 si existe alguna emergencia y si no me pueden localizar de inmediato. También autorizo a las condiciones a continuación y doy mi autoridad para el tratamiento de emergencia.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre cualquier condición física, alergias o medicamentos que su hijo pueda estar tomando.

Nota: Los padres o tutores son responsables del tratamiento o los gastos médicos de emergencia.