

**St. Roman & St. Charles Borromeo**  
**Programa Colaborativo de Formación en la Fe**  
**2026-2027**

**Primera Comunión y Primera Reconciliación**  
**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:

Bautismo:

Si  No

Iglesia de bautismo:

**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:**  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_



## COSTOS DEL PROGRAMA SACRAMENTAL

Costo de Registración	\$115.00
Costo Sacramental	\$100.00
Costo total	\$215.00

**NOTAS:**

- 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
- Estos costos ayudan a pagar los libros de trabajo, certificados, retiros y otros materiales necesarios para la preparación de estos sacramentos.
- Todas registraciones deben incluir una copia de la **fe de bautismo** del estudiante
- **Tenga en cuenta:** Los estudiantes que se preparan para la Primera Reconciliación y la Primera Comunión DEBEN haber completado su primer año de primaria, o cualquier año anterior, en una escuela **católica** o un programa de educación religiosa **católica**. Lo que significa que este sería su segundo año, o más, de educación religiosa; un requisito de la Arquidiócesis
- 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.

### 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

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: \_\_\_\_\_

**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 BORROMEIO**

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:  Ingles  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.**