



# OUR LADY OF HOPE CATHOLIC CHURCH

## RELIGIOUS EDUCATION REGISTRATION FORM 2025-2026

Inscription:  
\$50 -1 Niño  
\$80-2 Niños  
\$110- 2 niños o mas

### Información de los Padres:

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ # de Celular: \_\_\_\_\_

Estado Conyugal: Soltero/Casado/Divorciado Correo electrónico padre: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ # de Celular: \_\_\_\_\_

Estado Conyugal: Soltera/Casada/Divorciada Correo electrónico madre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

El estudiante vive con: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ **2025**

Entiendo que se tomaran precauciones razonables para salvaguardar la salud y el bienestar de los participantes en las clases de Educación Religiosa y que se me notificará lo antes posible en caso de una emergencia. En caso de enfermedad o accidente, autorizo y doy mi consentimiento al equipo de Educación Religiosa u otros voluntarios asociados del programa de Educación Religiosa para obtener atención médica de un médico, hospital o clínica médica con licencia, para mi hijo en el caso de que yo mismo u otro tutor legal no pueda ser contactado. Por este medio libero y descargo para siempre a la Diócesis de Evansville y la Parroquia de Nuestra Señora de la Esperanza, y al Padre Paul Ferguson de todas las formas de acciones, reclamos, que yo o el niño nombrado en este formulario tendremos o podremos tener por cualquier motivo que surja durante la asistencia de mi hijo a las clases de Educación Religiosa, a menos que se envíe otra instrucción escrita, también doy mi consentimiento para permitir que la imagen de mi hijo/hija se registre, ya sea por fotografía o video, y que se use durante las clases de Educación Religiosa o para anuncios futuros de los programas de la Parroquia mencionada arriba. Cualquier otro uso requerirá otro consentimiento.

**X** \_\_\_\_\_

**Firma del Padre o Tut**

### Estudiante 1

Nombre y apellido del Alumno: \_\_\_\_\_

Grado en 2025-2026: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Su hijo/a participó en clases de Religión el año pasado: \_\_\_\_\_ Si recibió dónde: \_\_\_\_\_

### RECORD DE LOS SACRAMENTOS RECIBIDOS DEL ALUMNO/A

Bautismo: \_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO Fecha: \_\_\_\_\_ Dónde: \_\_\_\_\_

Confesión: \_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO Fecha: \_\_\_\_\_ Dónde: \_\_\_\_\_

Primera Comunión: \_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO Fecha: \_\_\_\_\_ Dónde: \_\_\_\_\_

Confirmación: \_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO Fecha: \_\_\_\_\_ Dónde: \_\_\_\_\_

**Si recibió los sacramentos en otra parroquia, por favor traer los certificados de la parroquia donde los recibió.**

### INFORMACIÓN MÉDICA:

Por favor llene lo siguiente para su hijo/hija. Toda la información es estrictamente confidencial.

Alergias (Comida, medicina, etc.): \_\_\_\_\_

Condiciones Médicas: \_\_\_\_\_

Conducta o problemas de aprendizaje: \_\_\_\_\_

Comentarios Adicionales: \_\_\_\_\_

**Vea al reverso de esta hoja hay más espacio para más estudiantes**

### Estudiante 2

Nombre y apellido del Alumno: \_\_\_\_\_

Grado en 2025-2026: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Su hijo/a participó en clases de Religión el año pasado: \_\_\_\_\_ Si recibió dónde: \_\_\_\_\_

#### RECORD DE LOS SACRAMENTOS RECIBIDOS DEL ALUMNO/A

Bautismo: \_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO Fecha: \_\_\_\_\_ Dónde: \_\_\_\_\_

Confesión: \_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO Fecha: \_\_\_\_\_ Dónde: \_\_\_\_\_

Primera Comunión: \_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO Fecha: \_\_\_\_\_ Dónde: \_\_\_\_\_

Confirmación: \_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO Fecha: \_\_\_\_\_ Dónde: \_\_\_\_\_

**Si recibió los sacramentos en otra parroquia, por favor traer los certificados de la parroquia donde los recibió.**

#### INFORMACIÓN MÉDICA:

Por favor llene lo siguiente para su hijo/hija. Toda la información es estrictamente confidencial.

Alergias (Comida, medicina, etc.): \_\_\_\_\_

Condiciones Médicas: \_\_\_\_\_

Conducta o problemas de aprendizaje: \_\_\_\_\_

Comentarios Adicionales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Estudiante 3

Nombre y apellido del Alumno: \_\_\_\_\_

Grado en 2025-2026: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Su hijo/a participó en clases de Religión el año pasado: \_\_\_\_\_ Si recibió dónde: \_\_\_\_\_

#### RECORD DE LOS SACRAMENTOS RECIBIDOS DEL ALUMNO/A

Bautismo: \_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO Fecha: \_\_\_\_\_ Dónde: \_\_\_\_\_

Confesión: \_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO Fecha: \_\_\_\_\_ Dónde: \_\_\_\_\_

Primera Comunión: \_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO Fecha: \_\_\_\_\_ Dónde: \_\_\_\_\_

Confirmación: \_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO Fecha: \_\_\_\_\_ Dónde: \_\_\_\_\_

**Si recibió los sacramentos en otra parroquia, por favor traer los certificados de la parroquia donde los recibió.**

#### INFORMACIÓN MÉDICA:

Por favor llene lo siguiente para su hijo/hija. Toda la información es estrictamente confidencial.

Alergias (Comida, medicina, etc.): \_\_\_\_\_

Condiciones Médicas: \_\_\_\_\_

Conducta o problemas de aprendizaje: \_\_\_\_\_

Comentarios Adicionales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_