

2025-2026



Input PS _____
Scanned _____

Registration – Family Religious Education

Sunday Session 9:15AM – 10:45AM or Tuesday Session 6PM – 7:30PM

Date: _____

Office Use Only

Family Last Name: _____

Address or PO Box: _____

City: _____ Zip code: _____

Home phone #: _____ Cell phone #: _____

E-mail: _____

Preferred Language: _____

If child has different Last Name(s): _____

of Children _____ YM _____
Amount Due \$ _____ YM \$ _____
Amount Paid \$ _____ YM \$ _____
Balance Due \$ _____ YM \$ _____
Cash _____ Check # _____ Card _____
Session S _____ Session T _____
Catechist fee waived _____

=====PLEASE PRINT & SIGN BELOW FOR PROGRAM ENROLLMENT=====

I agree to all of the guidelines for Registration and Attendance for my child at St. Matthew Family Religious Education Program.

Print Father's Name: _____

Print Mother's Name: _____

Father's Signature: _____

Mother's Signature: _____

Cell Phone: (____) _____

Cell Phone: (____) _____

Other Phone: (____) _____

Other Phone: (____) _____

===== CHILD INFORMATION (Grades 1– 6 ONLY) =====

Please select: Sunday 9:15am – 10:45am [____] or Tuesday 6pm - 7:30pm [____]

Full Name: _____ Grade in Fall 2025 _____

Enrolled in Formation classes before? [Yes or No]

Age _____ Male _____ Female _____

Birthdate: _____ - _____ - _____

Sacraments Completed [____] *Baptism [____] 1st Reconciliation [____] 1st Eucharist [____] Confirmation

**Must be a Roman Catholic Baptism. Please contact the office if you are unsure.*

Full Name: _____ Grade in Fall 2025 _____

Enrolled in Formation classes before? [Yes or No]

Age _____ Male _____ Female _____

Birthdate: _____ - _____ - _____

Sacraments Completed [____] *Baptism [____] 1st Reconciliation [____] 1st Eucharist [____] Confirmation

**Must be a Roman Catholic Baptism. Please contact the office if you are unsure.*

Full Name: _____ Grade in Fall 2025 _____

Enrolled in Formation classes before? [Yes or No]

Age _____ Male _____ Female _____

Birthdate: _____ - _____ - _____

Sacraments Completed [____] *Baptism [____] 1st Reconciliation [____] 1st Eucharist [____] Confirmation

**Must be a Roman Catholic Baptism. Please contact the office if you are unsure.*

Health Problems: _____

YES, I allow my child(ren)'s photograph to be taken, and used in church media (bulletin, Facebook, etc.)

Print Parent's Name: _____

Parent's Signature: _____ Date: _____

2025-2026



Input PS _____
Scanned _____

Inscripciones - Educación Religiosa en Familia

Domingo Sesión 9:15AM - 10:45AM o Martes Sesión 6PM – 7:30PM

Fecha: _____

Apellido de la Familia: _____

Domicilio o P.O. Box: _____

Ciudad: _____ CP: _____

Teléfono de casa #: _____ Cell: _____

E-mail: _____

Idioma en casa: _____

Apellido de Niño (si es diferente): _____

Uso para la Oficina Solamente

of Children _____ YM _____
Amount Due \$ _____ YM \$ _____
Amount Paid \$ _____ YM \$ _____
Balance Due \$ _____ YM \$ _____
Cash _____ Check # _____ Card _____
Session S _____ Session T _____
Catechist fee waived _____

=====POR FAVOR IMPRIMA & FIRME LA AUTORIZACIÓN=====

Estoy de acuerdo con las normas de Registro y Asistencia de mi hijo(a) al Programa de Educación Religiosa Familiar de San Mateo.

Nombre del Padre: _____ Nombre de la Madre: _____

Firma del Padre: _____ Firma de la Madre: _____

Teléfono Celular: (____) _____ Teléfono Celular: (____) _____

Otro Tel. del Padre: (____) _____ Otro Tel. de la Madre: (____) _____

===== INFORMACION DE LOS NIÑOS (GRADOS 1-6 SOLAMENTE) =====

Por favor seleccione: Domingo 9:15am – 10:45am [____] o Martes 6pm - 7:30pm [____]

Nombre del Niño(a): _____ Grado en Sep. 2025 _____

Ha asistido a Educación Religiosa anteriormente? [Si o No] Edad _____ Sexo M _____ F _____

Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____

Sacramentos Recibidos [____] *Bautismo [____] 1^{ro} Reconciliación [____] 1^{ro} Eucaristía [____] Confirmación

* Tiene que ser bautismo Católico Romano. Favor de contactar a la oficina si no está seguro.

Nombre del Niño(a): _____ Grado en Sep. 2025 _____

Ha asistido a Educación Religiosa anteriormente? [Si o No] Edad _____ Sexo M _____ F _____

Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____

Sacramentos Recibidos [____] *Bautismo [____] 1^{ro} Reconciliación [____] 1^{ro} Eucaristía [____] Confirmación

* Tiene que ser bautismo Católico Romano. Favor de contactar a la oficina si no está seguro.

Nombre del Niño(a): _____ Grado en Sep. 2025 _____

Ha asistido a Educación Religiosa anteriormente? [Si o No] Edad _____ Sexo M _____ F _____

Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____

Sacramentos Recibidos [____] *Bautismo [____] 1^{ro} Reconciliación [____] 1^{ro} Eucaristía [____] Confirmación

* Tiene que ser bautismo Católico Romano. Favor de contactar a la oficina si no está seguro.

Problemas de Salud: _____

Si PERMITE que se tome la fotografía de su hijo y se use en los medios de la iglesia (boletín, Facebook, etc.)

Imprima nombre: _____

Firme: _____ Fecha: _____