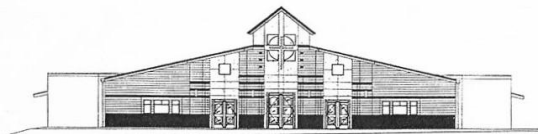


2026-2027



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 2026 _____

Enrolled in Formation classes before? [Yes or No] Age _____ Male _____ Female _____

Birthdate: _____-_____-_____

Sacraments Completed [____]*Baptism [____]Ist Reconciliation [____]Ist Eucharist [____]Confirmation

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

Full Name: _____ Grade in Fall 2026 _____

Enrolled in Formation classes before? [Yes or No] Age _____ Male _____ Female _____

Birthdate: _____-_____-_____

Sacraments Completed [____]*Baptism [____]Ist Reconciliation [____]Ist Eucharist [____]Confirmation

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

Full Name: _____ Grade in Fall 2026 _____

Enrolled in Formation classes before? [Yes or No] Age _____ Male _____ Female _____

Birthdate: _____-_____-_____

Sacraments Completed [____]*Baptism [____]Ist Reconciliation [____]Ist 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: _____

2026-2027

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. 2026 _____
Ha asistido a Educación Religiosa anteriormente? [Si o No] Edad _____ Sexo M _____ F _____
Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____

Sacramentos Recibidos [___]*Bautismo [___]I^{ro} Reconciliación [___]I^{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. 2026 _____
Ha asistido a Educación Religiosa anteriormente? [Si o No] Edad _____ Sexo M _____ F _____
Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____

Sacramentos Recibidos [___]*Bautismo [___]I^{ro} Reconciliación [___]I^{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. 2026 _____
Ha asistido a Educación Religiosa anteriormente? [Si o No] Edad _____ Sexo M _____ F _____
Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____

Sacramentos Recibidos [___]*Bautismo [___]I^{ro} Reconciliación [___]I^{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: _____