



Holy Trinity Catholic Church

Educación Religiosa 2025-2026

Grados 1-6 & CBP (4 años a 5 años de edad)

Favor de llenar la forma por completo-una forma por niño
(Formas incompletas no serán aceptadas)

Fecha: _____

Marque con X

☐ Primer Año

☐ Segundo Año

☐ Club de Biblia

Nombre del estudiante: _____

*(Nombre debe de ser igual al que aparece en el certificado de nacimiento / bautizo)

Dirección: _____

Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Mes/Día/Año

¿Ha recibido Educación Religiosa anteriormente? Si / No

Lugar donde fueron las clases: _____

marque ☐ CBP _{uno}
Masculino / Femenino

Cuidad: _____

Grado Escolar: _____ (en Octubre)

Edad: _____

Cuantos años: _____

(Menciona la iglesia donde asistió)

Para servirle mejor, por favor indique si su hijo/a tiene una condición medica o discapacidad que necesitemos saber: _____

Indique si su hijo/a tienen un IEP (Programa educativo Individualizado): _____

Datos de los Padres

Nombre del Padre: _____

Como aparece en la acta de Bautizo o de Nacimiento

Correo electrónico: _____

Nombre de la Madre (de soltera): _____

Correo electrónico: _____

Religión: _____

Están registrados en la iglesia: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Contacto de Emergencia : _____ Teléfono de emergencia : _____

Correo electrónico: _____

INFORMACION SACRAMENTAL *Debe de ser completado al momento de la inscripción*

Por favor indique si su hijo ha sido bautizado y si ha traído el acta de Bautizo

IMPORTANTE: ¿Su hijo/a ha sido bautizado? SI / NO marque uno

Fecha del Bautismo: _____

mes/día/año

Ha entregado copia del certificado (al tiempo de inscripción): Si / No

Copia del certificado debe de ser entregado el día de la inscripción

Nombre de la Iglesia: _____

Dirección de la Iglesia: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

País: _____

¿Su hijo ha celebrado la Primera Eucaristía? SI / NO

NO PODEMOS ACEPTAR LA INSCRIPCION, SI NO ESTA COMPLETA ESTA PARTE

SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA

PAGO DE MATRÍCULA

Cuota para miembros registrados de Holy Trinity (miembros deben de estar usando los sobres de la iglesia para su donaciones o dar electrónicamente)

1 niño: \$80.00

2 niños: \$120.00

3 niños: \$160.00

4 o mas niños: \$200.00

Cuota para los que **no son** miembros registrados de Holy Trinity

1 niño: \$120.00

2 niños: \$160.00

3 niños: \$200.00

4 o mas niños: \$240.00

Habrá un cargo adicional en la inscripción de \$20.00 por niño después del 31 de agosto del 2024

de hijos en Educación Religiosa: _____ (Anote si tiene niños registrados en el Grupo de Jóvenes)

Nombres de los niños: _____ # Identificación: _____

(ejemplo: José 1ro., Carlos 7o., etc.)

Cargo de matrícula: _____

Pago: _____

de Cheque: _____

Balance: _____

De preferencia, el costo Total de la matrícula deberá de ser pagado por completo el día de la inscripción

Revisado por: _____

Continúa en la parte de atrás





PERMISO DE FOTO/VIDEO Holy Trinity Catholic Church

Esta carta autoriza a Holy Trinity Catholic Church de la Diócesis de San Diego, sus representantes o voluntarios, a fotografiar o grabar en audio y/o video (cinta, digital o plataformas de reuniones en línea)

_____ (nombre), durante **el programa de Educación Religiosa del 5 de octubre, 2025 al 3 de mayo, 2026**. Se pueden usar fotos, audio o video en materiales impresos y en cualquier pantalla o medio visual. Entiendo que tales fotos y / o grabaciones de video se utilizarán para fines relacionados con **el programa de Educación Religiosa** (ministerio) y no se utilizarán para ningún fin comercial. Por lo tanto, por la presente renuncio a cualquier tipo y todos los derechos que pueda tener por una remuneración de cualquier tipo que de otro modo podría acumularse por el uso de tales fotos y / o grabaciones de audio o video.

Consentimiento de tratamiento y Código de Conducta

(Por favor escriba en letra de molde)

Nombre del participante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Nombre del padre/ madre: _____ **# de teléfono:** _____ **# de trabajo:** _____
En caso de una emergencia favor de llamar a: _____ **# de teléfono:** _____
Doctor de la familia: _____ **# de teléfono:** _____
Compañía de seguro: _____ **Numero de póliza:** _____
Alergias/ problemas médicos/ incapacidad: _____

¿Su hijo está tomando algún medicamento con o sin receta médica? Escriba claramente (Si es necesario use otra hoja de papel). _____

Por favor indique si su hijo/a es alérgico a algún medicamento o comida: (Si es necesario use otra hoja de papel). _____

También entiendo que en el caso de que se requiera intervención medica, todo esfuerzo se hará para contactar a la persona que esta mencionada en esta forma. En el dado caso de que yo no pueda ser localizado/a en una emergencia durante las fechas del evento mencionadas en esta forma, yo le doy permiso al medico o dentista seleccionado por el líder del evento a hospitalizar, y asegurar tratamiento medico y/o inyección, anestesia, o cirugía que sea necesaria para mi hijo/a.

Entiendo que todas las precauciones de seguridad estarán en efecto a todo momento por Holy Trinity Catholic church, , Leticia Trent, 619-444-9425 y sus agentes durante el evento y sus actividades. Entiendo la posibilidad de algún peligro imprevistos y se que hay una posibilidad de riesgo inherente. **Estoy de acuerdo a no hacer responsables a Holy Trinity Catholic Church**, a sus lideres, empleados y voluntarios por daños causados, perdidas, enfermedades, o heridas incurridas por el sujeto mencionado en esta forma.

Yo entiendo que al firmar esta forma mi hijo/a y yo aceptamos cooperar y participar enteramente, que mi hijo/a y yo seremos respetuosos hacia la propiedad que visitemos, respetuosos a los vecinos, también demostraremos respeto por las leyes y practicaremos hábitos de seguridad a toda hora. Al no cumplir con el código de conducta mi hijo/a y yo sabemos que la acción apropiada tomará lugar y todo se arreglará para que nos podamos ir inmediatamente del evento.

Firma de Padre o tutor

Fecha