



Holy Trinity Catholic Church
Educación Religiosa 2026-2027
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: _____

Cuidad: _____

Código Postal: _____

Teléfono: _____

Grado Escolar: _____

(en Octubre)

Fecha de Nacimiento: _____

Lugar de Nacimiento: _____

Edad: _____

Mes/Día/Año

¿Ha recibido Educación Religiosa anteriormente? Si / No

Cuantos años: _____

Lugar donde fueron las clases: _____

(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

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Nombre de la Madre (de soltera): _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Religión: _____

Están registrados en la iglesia: _____

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 MATRICULA

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

Habrà un cargo adicional en la inscripción de \$20.00 por niño después del 31 de agosto del 2026

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

Nombres de los niños: _____

Identificación: _____

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

Cargo de matricula: _____

Pago: _____

de Cheque: _____

Balance: _____

De preferencia, el costo Total de la matricula 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 médica, 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 médico o dentista seleccionado por el líder del evento a hospitalizar, y asegurar tratamiento médico 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 sé que hay una posibilidad de riesgo inherente. **Estoy de acuerdo a no hacer responsables a Holy Trinity Catholic Church**, a sus líderes, 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