

ST. FRANCIS XAVIER PARISH – FAITH FORMATION
REGISTRATION YEAR 2025-2026

STUDENT INFORMATION/ INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

NAME/NOMBRE: _____
ADDRESS/DIRECCIÓN: _____
CITY/STATE/ZIP-CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO
POSTAL: _____
DATE OF BIRTH/ FECHA DE NACIMIENTO: _____ AGE/EDAD: _____
☐M ☐F
SCHOOL ATTENDING/ ESCUELA
ASISTIENDO: _____ GRADE/GRADO: _____

**PARENT/ GUARDIAN INFORMATION/ INFORMACIÓN PARA
PADRES/GUARDIÁN**

NAME/NOMBRE: _____
RELATIONSHIP/ RELACIÓN: _____
PHONE/TELÉFONO: _____
CELL PHONE/TELÉFONO MÓVIL: _____
EMAIL ADDRESS/CORREO ELECTRÓNICO: _____
PREFERRED LANGUAGE/IDIOMA PREFERIDO: _____
LIVES WITH STUDENT/VIVE CON EL ESTUDIANTE: YES/SÍ NO

NAME/NOMBRE: _____
RELATIONSHIP/ RELACIÓN: _____
PHONE/TELÉFONO: _____
CELL PHONE/TELÉFONO MÓVIL: _____
EMAIL ADDRESS/CORREO ELECTRÓNICO: _____
PREFERRED LANGUAGE/IDIOMA PREFERIDO: _____
LIVES WITH STUDENT/VIVE CON EL ESTUDIANTE: YES/SÍ NO

FOR OFFICE USE ONLY

CLASS ATTENDING: _____
TEACHER: _____
FEE: _____



PARISH INFORMATION/ INFORMACIÓN PARROQUIAL

WHAT PARISH ARE YOU REGISTERED AT/NOMBRE DE LA PARROQUIA DONDE ESTÁ REGISTRADO:
(Required/Requerido)_____

SACRAMENT INFORMATION/ INFORMACIÓN DEL SACRAMENTO

CHURCH OF BAPTISM/IGLESIA DEL

BAUTISMO:_____

CITY/STATE/ CIUDAD/ESTADO:_____

CHURCH OF RECONCILIATION/

IGLESIA DE RECONCILIACIÓN:_____

CITY/STATE/CIUDAD/ESTADO:_____

CHURCH OF COMMUNION/ IGLESIA DE

COMUNIÓN:_____

CITY/STATE/CIUDAD/ESTADO:_____

ST. FRANCIS XAVIER PARISH – FAITH FORMATION PROGRAM 2025-2026

PICK UP PERMISSION FORM/ PERMISO PARA LEVANTAR ESTUDIANTE

STUDENT NAME/NOMBRE DEL

ESTUDIANTE:_____

GRADE/GRADO: _____

I, _____ (*parent/guardian name*) grant permission for the following person(s) only to pick up my child during the 2024-2025 school year at the designated pick up area inside the school building of St. Francis Xavier Parish at the end of their scheduled class time.

Yo, _____ (*nombre del padre/guardián*) concedo mi permiso para que solamente la(s) siguiente(s) persona(s) pueda(n) recoger a mi hijo(a) durante el año escolar 2022-2023 en el área designada para recoger dentro del edificio escolar de la Parroquia St. Francis Xavier al final del horario de clase.

Name/Nombre: _____

Relationship/Relación: _____

Name/Nombre: _____

Relationship/Relación: _____

Name/Nombre: _____

Relationship/Relación: _____

By signing below, I acknowledge that only the above named person(s) in addition to myself (legal parents/guardians) give permission to pick up my son/daughter from faith formation class. If anyone else is to pick up my child on a one-time basis, I will communicate this person's name to my child's catechist in advance.

Al firmar abajo, reconozco que solo las personas mencionadas anteriormente, además de mí (padres/guardianes) doy permiso para recoger a mi hijo(a) de la clase de catecismo. Si alguien más va a recoger a mi hijo(a) por una sola vez, comunicaré el nombre de esta persona al catequista de mi hijo con anticipación.

Parent/Guardian Signature/Firma de Padre/Guardián:

Date/Fecha:

ST. FRANCIS XAVIER PARISH – FAITH FORMATION PROGRAM 2025-2026

MEDICAL INFORMATION/ INFORMACIÓN MÉDICA

DOES YOUR CHILD HAVE ANY MEDICAL CONDITIONS OR FOOD ALLERGIES

¿TIENE SU HIJO(A) ALGUNA CONDICIÓN MÉDICA o ALERGIA? YES/SÍ NO

IF 'YES' WHAT ARE THEY? SI TIENE, CUALES SON?

**PLEASE LIST ANY MEDICATIONS YOUR CHILD IS TAKING/ POR FAVOR LISTE
MEDICAMENTOS QUE SU HIJO/A ESTÁ TOMANDO:**

IS YOUR CHILD ENROLLED IN SPECIAL EDUCATION CLASSES IN SCHOOL?

ESTÁ INSCRITO EN CLASES DE EDUCACIÓN ESPECIAL? YES/SÍ NO

Cuestionario médico ESPANOL:

En caso de emergencia, primero se contacta a un padre/tutor. Si no puede comunicarse con el padre/tutor, comuníquese con: _____ Número

Telefónico: _____

¿Tiene su hijo algún problema físico, mental o emocional que debamos tener en cuenta? Si es así, explique. _____

¿Su hijo es alérgico a algún alimento o medicamento? No _____ Si _____ Si es así, ¿qué?: _____

¿Tiene este niño alguna necesidad especial? No _____ Si _____

Si es así, ¿qué?: _____

¿Tiene este niño dificultades con alguno de los siguientes aspectos? (Si es así, explique):

☐ Asthma ☐ ADD ☐ Autismo ☐ Hiperactividad ☐ Vista ☐ Lectura

☐ Escribiendo ☐ Hablando ☐ Escuchando ☐ Alguna Otra

He leído y completado la información anterior y certifico que he revelado toda la información médica sobre mi hijo y acepto todas las declaraciones.

Firma: _____ Fecha: _____

Medical Questionnaire ENGLISH:

In case of an emergency, a parent/guardian is contacted first. If a parent/guardian cannot be reached, please contact: _____ Phone Number: _____

Does your child have any physical, mental, or emotional problems that we should be aware of? If so, please explain. _____

Is your child allergic to any food or medication? No _____ Yes _____ If yes, what?: _____

Does this child have any special needs? No _____ Yes _____

If yes, what?: _____

Does this child have difficulties with any of the following? (If yes, explain):

- ☐ Asthma ☐ ADD ☐ Autism ☐ Hyperactivity ☐ Vision ☐ Reading
☐ Writing ☐ Speaking ☐ Listening ☐ Other

I have read and completed the above information and certify that I have disclosed all medical information about my child and agree to all statements.

Signature: _____ Date: _____

MEDICAL AUTHORIZATION/AUTORIZACIÓN MÉDICA

As parent/legal guardian of _____, I remain legally responsible for any personal actions taken by the above named minor ("participant"). I hereby authorize the Supervisor of the activity or his/her designee to act on my behalf to authorize such medical attention, surgery, or other health care services as may be recommended in an emergency situation while participating in the activity. If the below named physician cannot be reached, I hereby authorize any licensed physician or medical center to treat my child.

I hereby authorize the Supervisor of the activity or his/her designee to administer the following medication to my child according to the instructions described in the student record.

Como padre/ guardián de _____, sigo siendo legalmente responsable de cualquier acción personal tomada por los nombres anteriores menores ("participante"). Por la presente, autorizo al Supervisor de la actividad o su designado a actuar en mi nombre para autorizar la atención médica, la cirugía u otros servicios de atención médica que puedan recomendarse en una situación de emergencia mientras participe en la actividad. Si no se puede contactar al médico nombrado/a. A continuación, autorizo a cualquier médico o centro médico con licencia para tratar a mi hijo.

Por la presente autorizo al Supervisor de la actividad o a su designado a administrar el siguiente medicamento a mi hijo de acuerdo con las instrucciones descritas en el registro del estudiante.

Medications/Medicamentos: _____

Directions/

Instrucciones: _____

If the medication is prescribed by a doctor, the prescription in its original container will be provided to the Supervisor of the activity. Si el medicamento es recetado por un médico, la receta en su envase original se proporcionará al Supervisor de la actividad.

Name of Physician/Hospital/ Nombre del médico/hospital: _____

Phone/Teléfono: _____

Parent/Guardian Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____

Phone: _____

In the event the parent/guardian cannot be reached, contact/ En caso de que no se pueda contactar al padre/tutor, comuníquese con:

Name/Nombre: _____

Phone/Teléfono: _____

Relationship/Relación: _____

**ST. FRANCIS XAVIER PARISH – FAITH FORMATION PROGRAM
2025-2026**

PHOTO/VIDEO RELEASE/LANZAMIENTO DE FOTO / VIDEO

Name of Student/Nombre del estudiante:_____

I hereby give permission for my son/daughter to be photographed or videotaped at St. Francis Xavier Parish for the year registered in Faith Formation. I realize the photo/video may be published in and on social media, the bulletin website or other parish and/or archdiocesan publications. The photo/video may be used for informational, educational or promotional purposes regarding our religious education/formation programs.

Por la presente, doy permiso para que mi hijo/hija sea fotografiado o grabado en video en la Parroquia St. Francis Xavier durante el año registrado en la Formación de Fe. Me doy cuenta de que la foto video puede publicarse en las redes sociales, en el sitio web del boletín u otras publicaciones parroquiales y/o arquidiocesano. La foto/video puede usarse con fines informativos, educativos o promocionales con respecto a nuestros programas de educación/formación religiosa.

Important Note: Your child's picture and/or name will only be released if we have a signed release on file for the current year.

Nota importante: La foto y/o el nombre de su hijo sólo se divulgará si tenemos un comunicado firmado en el archivo para el año en curso.

Parent/Guardian Signature/Firma de Padre/Guardián:

Date/Fecha:

INDEMNITY AGREEMENT/ ACUERDO DE INDEMNIZACIÓN

I agree on behalf of myself, my child named herein, or our heirs, successors, and assigns, to hold harmless and defend St. Francis Xavier Parish, its officers, directors, employees and agents and the Archdiocese of Santa Fe, its employees and agents, chaperons, or representatives associated with the event, from any claim arising from or in connection with my child attending the event or in connection with any illness or injury (including death) or cost of medical treatment in connection therewith, and I agree to compensate the parish/school, its officers, directors and agents, and the Archdiocese of Santa Fe, its employees and agents and chaperons, or representative associated with the event for reasonable attorney's fees and expenses which may incur in any action brought against them as a result of such injury or damage, unless such a claim arises from the negligence of the parish/school or the Archdiocese of Santa Fe.

Estoy de acuerdo en nombre de mí, mi hijo nombrado aquí, o nuestros herederos, sucesores y cesionarios, para mantener indemne y defender la Parroquia de San Francisco Xavier, sus oficiales, directores, empleados y agentes y la Arquidiócesis de Santa Fe, sus empleados y agentes, acompañantes o representantes asociados con el evento, de cualquier reclamo que surja de o en relación con mi hijo que asiste al evento o en relación con cualquier enfermedad o lesión (incluida la muerte) o el costo del tratamiento médico en relación con el mismo, y aceptó compensar a la parroquia/escuela, sus funcionarios, directores y agentes, y la Arquidiócesis de Santa Fe, sus empleados y agentes y acompañantes, o representantes asociados con el evento por honorarios y gastos razonables de abogados que puedan incurrir en cualquier acción presentada contra ellos como un resultado de tal lesión o daño, a menos que tal reclamo surja de la negligencia de la parroquia/escuela o la Arquidiócesis de Santa Fe.

Signature of Parent or Legal Guardian/Firma de Padre/Guardián

Date