



St Joseph Catholic Church Educación Religiosa

Por favor llene la forma de Registro completamente

Las familias DEBEN de estar registradas en la Iglesia de Sn Joseph Catholic Church y esta debe ser la parroquia a donde asisten a Misa. Por favor llene TODA la información requerida. Cada niño/joven debe tener una copia de su certificado de Bautismo. La cuota debe ser pagada al momento del registro. 1 niño-\$60, 2 niños-\$80, 3 o mas niños-\$100. **ULTIMO DIA DE INSCRIPCION OCT 2**

Apellido de la Familia: _____

Nombre Completo de Padre: _____ ¿Vive con niño? Si ___ No ___

Nombre Completo de Madre: _____ ¿Vive con niño? Si ___ No ___

Nombre Legal de Niño/a (como aparece en el certificado de Bautismo) Hijo Hija Nieto/a (circule una opción)

Nombre que usa el Niño _____

Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Grado en la escuela _____

Necesidades Especiales _____

Sesiones: DOMINGO 9:15—10:45 AM

Grado de 1— 8

CONFIRMACION GRUPO DE JOVENES

Grado de 9—12 DOMINGO 5:00 –7:00 PM

PREPARACION SACRAMENTAL FAMILIAR UN DOMINGO AL MES 5:00– 7:00 PM

Asistencia de padres obligatoria

¿El niño/niña a recibido el Sacramento del Bautismo? Si ___ No ___ Fecha: ___/___/___ ¿Católico? Si ___ No ___ Donde?

¿El niño/niña a recibido el Sacramento de la reconciliación? (Confesión)? Si ___ No ___ Fecha: ___/___/___ Donde?

¿El niño/niña a recibido el Sacramento de la Eucaristía? (Comunión)? Si ___ No ___ Fecha: ___/___/___ Donde?

¿El niño/niña a recibido el Sacramento de la Confirmación? Si ___ No ___ Fecha: ___/___/___ Donde?

OFFICE USE ONLY - PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Sacrament Prep for Baptism ☐

Sacrament Prep for Reconciliation ☐

Sacrament Preparation for Eucharist ☐

Sacrament Preparation Confirmation ☐

Ambiente Seguro

Valores Católicos y conducta apropiada deben ser tomadas en todo momento por personal de St. Joseph Catholic Church, sus coordinadores y voluntarios.

Aquellos que son directamente responsables de la supervisión de menores deben atenerse a la Póliza de Ambiente Seguro de St. Joseph Catholic Church. Se requiere que todos los menores registrados en el proceso catequético de St. Joseph Catholic Church sean entrenados con material apropiado a su edad, para seguridad personal y límites personales, toque apropiado y relaciones apropiadas.

Todos los niños y jóvenes deben de ser anotados en la lista semanal al comenzar y finalizar las sesiones.

En caso de accidente o enfermedad, yo deseo que un representante del programa de catecismo de la parroquia me llame. Si no estoy disponible doy mi autorización para que este representante llame al médico indicado y siga las instrucciones médicas ordenadas. Si es imposible contactar a este médico, el representante del programa de catecismo puede hacer los arreglos que sean necesarios para el cuidado de mi hijo/a. Estoy de acuerdo que asumiré la responsabilidad financiera por cualquier diagnóstico, tratamiento y/o medicamentos que sean necesarios.

En el mejor de mis conocimientos toda la información dada está actualizada y completada. Por lo tanto doy consentimiento y autorizo a los procedimientos necesarios mencionados anteriormente.

Liberación de Fotografías

Yo autorizo a la Iglesia de St. Joseph Catholic Church, Diócesis de San Bernardino al uso de fotografía/imagen donde aparezca el niño/a enlistado. Estoy de acuerdo que esta fotografía/imagen debe ser usada sin costo de uso u obligación monetaria. Se entiende que dicha fotografía/imagen no será usada para propósito comercial sin el debido consentimiento aprobado por escrito.

He leído y estoy de acuerdo con la información arriba mencionada.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN: _____ **FECHA:** _____

Notes:

Tuition Amount _____ Sac material Fee _____ Amount Paid _____
Cash _____ Check # _____ CC _____ By _____

ST. JOSEPH EDUCACIÓN RELIGIOSA
OBLIGACIÓN DE LOS PADRES

Yo, _____, padre de _____ Estoy de acuerdo a lo siguiente; con respecto a la educación religiosa y la Confirmación.

Por favor inicial:

____ Voy a enseñar a mi hijo/a sus oraciones y orar con ellos todos los días.

____ Yo entiendo que mi hijo/a debe saber todas sus oraciones con el fin de que pueda recibir sus Sacramentos.

____ Yo entiendo que si mi hijo/a está en la Confirmación deben completar 30 horas de servicio cada año que se encuentren en la Confirmación.

____ Yo haré todo lo posible para seguir los preceptos de la iglesia.

- Asistir a misa todos los domingos, Día de Obligación y guardar el día del Señor.
- Observar los días de abstinencia y ayuno.
- Confesar nuestros pecados a un sacerdote frecuentemente.
- Recibir nuestro Señor Jesucristo en la Santa Eucaristía frecuentemente.
- Contribuir al sostenimiento de la Iglesia.
- Obedecer las leyes de la Iglesia sobre el matrimonio.
- Participar en la misión de evangelización de las almas de la Iglesia (Espíritu Misionero de la Iglesia).

____ Nuestra familia va a asistir a la misa semanal y Día Sagrado de Obligación.

____ Yo entiendo que mi hijo/a debe ser 16 años de edad cumplidos antes del 1 de abril, del año en que recibirán su confirmación.

Firma del Padre _____ Fecha _____

CATHOLIC MUTUAL

FORMA DE SALUD

Nombre de Estudiante:

Fecha de Nacimiento:

Domicilio:

Teléfono:

Edad

Sexo

Estatura

Peso

Numero de Seguro Social

PERSONA PARA LLAMAR EN EMERGENCIA

Nombre de Padres / Guardianes:

Domicilio(Si es diferente del Estudiante):

Teléfono (Hogar):

Trabajo:

PERSONA ALTERNATIVE DE CONTACTO (¿Use alguien cerca del contacto primario?)

Nombre:

Domicilio:

Teléfono (Hogar):

Trabajo:

SI USTED TIENE ASEGURANZA MEDICA, SE LE PASARA LA CUENTA POR LOS CARGOS MEDICOS EN CASO DE ENFERMEDAD, O ALGUN DANO QUE OCURRA MIENTRAS SU HIJO ESTE EN LA ACTIVIDAD.

¿Tiene usted aseguranza de salud? ☐ SI ☐ NO

Nombre de compania de aseguranza:

Polisa #

Grupo #

¿En nombre de quien esta la aseguranza?

¿Tiene usted un doctor de familia? ☐ SI ☐ NO

Nombre y Domicilio:

Telefono: Si su hijo requiere atencion medica por danos recibidos o enfermedades contraidas antes de la actividad, por favor mandenos la información necesaria para darle a el/ella el cuidado medico apropiado durante el tiempo que el/ella este con la actividad de ministerio juvenil.

HISTORIA DE SALUD:

Alguna condición medica pre-existente o presente o condiciones pre-existente del cual los coordinadores del evento deberian de saber? Por ejemplo: Somnambulo/a...etc.

Nombre y dosis de cualquier medicamento que deberia de tomar:

¿ALGUNA ALERGIA?

☐ Fiebre del Lleno ☐ Condición del Corazon ☐ Diabetis ☐ Asma ☐ Mordida de Insecto
☐ Epilepsia/Desordenes Nerviosos ☐ Trastornos Estomacales Frecuentes ☐ Impedimentos Fisicos

¿MEDICAMENTOS?

¿Alguna enfermedad mayor durante el año posado?

¿Fecha de la vacana del tatano?

¿Alguna restricciones?

DECLARACIÓN DE PADRES QUE LIBERA RESPONSABILIDAD

Yo entiendo que en el evento en que sea necesaria intervención medica, todo intento se llevara hacabo inmediatamente para hacer contacto con las personas inscritas en esta forma. Si estoy fuera del alcance en casa de una emergencia durante la actividad fechada y que se muestra en esta forma, yo doy permiso para que el medico o dentista selecionado por el lider de la actividad para hospitalizar, de adquirir tratamiento medico, ordenar una inyeccion, anestesia o cirujia para mi hijo como se considere necesario.

Yo entiendo que toda precaucion razonable de seguridad sera tomada en todo tiempo por

y sus agents durante los eventos y actividades, yo comprendo que hay posibilidad de peligros imprevistos y conozco que hay posibilidad inherente o peligros. Yo estoy de acuerdo de no guardar el asunto de esta forma. sus lideres, empleados y voluntarios por

Firma de Padre/Madre o Guardian

Fecha

Firma del Estudiante (Si tiene mas de 18 años de edad)

Fecha

CATHOLIC MUTUAL GROUP
1201 East Highland Avenue
SAN BERNARDINO CA 92404- 4641
PHONE # 909-886-001 FAX # 909-883-9311

DIÓCESIS DE SAN BERNARDINO
POLÍTICA DE AMBIENTE SEGURO PARA LA PROTECCIÓN DE MENORES Y
CÓDIGO DE CONDUCTA PASTORAL

Apéndice 3

Tarjeta de Emergencia: EJEMPLAR

Apellido de la Familia				Diócesis de San Bernardino Información de Emergencia	
<i>Favor de usar letra de molde</i>					
Apellido	Domicilio de Casa/Ciudad/Código Postal	Tel. Celular	Tel. de Casa		
Papá - Nombre - (Apellido si difiere)	Empresa/Dirección	Tel. Celular	Tel. Trabajo		
Mamá - Nombre - (Apellido si difiere)	Empresa/Dirección	Tel. Celular	Tel. Trabajo		
Personas autorizadas para recoger a mi(s) hijo(s) (Use el lado adverso de la tarjeta si se requiere)					
Nombre	Domicilio	Tel. Celular	Tel. de Casa		

Alumno -Nombre-(Apellido si difiere)	Fecha de Nacimiento	Grado	Precauciones	Alergias	Medicamentos

Nombre de Aseguranza	Grupo #	# de Emergencia	Nombre del Doctor

Información adicional necesaria:

1. Cada Parroquia o escuela debe tener una política escrita para el proceso de dejar y levantar estudiantes o participantes:
 - Escuelas o Programas de Ministerio de Catequesis
 - Cualquier otro Programa
 - Cualquier otra Actividad
1. Cada parroquia o escuela debe describir la supervisión que se lleva a cabo antes, durante y después de clases, programas u otras actividades.
2. Cada parroquia o escuela debe tener forma que los padres de familia puedan firmar cuando dejen/recojan a sus hijos.

**Esta forma se puede obtener en la Oficina de Escuelas Católicas
o la Oficina del Ministerio de Catequesis**



Queridos Padres:

De acuerdo a la Diócesis de San Bernardino, su hijo (a) tiene que tener cumplidos los 8 años de edad antes de recibir el Sacramento de la Reconciliación y Primera Comunión.

Su hijo (a) tiene que tener cumplidos 16 años de edad antes de recibir el Sacramento de la Confirmación.

Por favor firme abajo – Para saber que usted recibió esta información.

Gracias: Dios les Bendiga

Firma del Padre o Madre: _____

Imprima su nombre en letra: _____

Imprima el nombre del niño (a) en letra de molde: _____

Iglesia De St. Joseph
Forma de Registro Parroquial
42242 North Shore Drive., Big Bear Lake, CA 92315

Por favor llene completamente la Forma de Registro Parroquial

¡Bienvenido a la Iglesia de St. Joseph! Necesitamos la información detallada de todos nuestros feligreses para así poder servirle mejor en todas sus necesidades parroquiales. Si usted tiene alguna pregunta sobre esta forma o desea alguna otra información, por favor llame a la Oficina Parroquial al 909-866-3030.

Fecha de hoy: _____

Marque uno: ☐ Sr. & Sra. ☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srita. ☐ Otro (especifique) _____

Apellido de la Familia: _____

Dirección: _____ Espacio #: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Dirección de Correspondencia: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Teléfono de emergencia: _____

Celular: _____ Correo electrónico: _____

Previa Parroquia: _____ Ciudad: _____

¿Desea recibir sobres para su donación? Sí ☐ No ☐

Marque uno: ☒ Jefe de Familia

Primer nombre: _____

Marque uno: ☐ Masculino ☐ Femenino

Apellido de soltera: _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año) ____/____/____

Correo electrónico: _____

Teléfono trabajo/celular: _____

Idioma principal: _____

Otro idioma: _____

Ocupación/Empleador: _____

Religión: ☐ Católica ☐ Otra (especifique) _____

Sacramentos recibidos (por favor indique la fecha que recibió el sacramento):

¿Bautismo? ____/____/____ ¿Reconciliación? ____/____/____

¿Eucaristía? ____/____/____ ¿Confirmación? ____/____/____

¿Casado por un sacerdote católico? ☐ Si ____/____/____

☐ Casado por civil solamente ☐ Unión Libre ☐ Viudo/a ☐ Divorcido/a

Necesidades especiales (por favor indique): _____

Marque uno: ☐ Esposo ☐ Esposa

Primer nombre: _____

Marque uno: ☐ Masculino ☐ Femenino

Apellido de soltera: _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año) ____/____/____

Correo electrónico: _____

Teléfono trabajo/celular: _____

Idioma principal: _____

Otro idioma: _____

Ocupación/Empleador: _____

Religión: ☐ Católica ☐ Otra (especifique) _____

Sacramentos recibidos (por favor indique la fecha que recibió el sacramento):

¿Bautismo? ____/____/____ ¿Reconciliación? ____/____/____

¿Eucaristía? ____/____/____ ¿Confirmación? ____/____/____

¿Casado por un sacerdote católico? ☐ Si ____/____/____

☐ Casado por civil solamente ☐ Unión Libre ☐ Viudo/a ☐ Divorcido/a

Necesidades especiales (por favor indique): _____

Información sobre sus dependientes o hijos

(llene otra forma si necesita más espacios para dependientes)

Por favor indique parentesco: ☐ Hijo ☐ Hija ☐ Nieto(a) ☐ Otro (especifique) _____

Nombre legal del niño(a) (como aparece en el certificado de bautismo): _____

Escuela a la que asiste: _____ Grado: _____

Idioma principal: _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Lugar de nacimiento: ciudad _____ Estado/País: _____

Sacramentos recibidos (por favor indique la fecha que recibió el sacramento):

¿Bautismo? ____/____/____ ¿Reconciliación? ____/____/____ ¿Eucaristía? ____/____/____ ¿Confirmación? ____/____/____

Necesidades especiales (por favor indique): _____

de Sobre

Favor de llenar la información sobre ministerios al reverso

Apellido de la Familia _____

Ministerios en los que ha servido
(circule todos los que apliquen)

- ☐ Lector _____
☐ Servidor del Altar (Monaguillo) _____
☐ Ministro de Eucaristía _____
☐ Ujier _____
☐ Otro _____

- ☐ Catequista _____
☐ Asistente de Catequista _____
☐ Coro _____
☐ Bibliotecario _____

¿Le gustaría continuar sirviendo?

- ☐ Si ☐ No

Por favor dénos su opinión, haga su pregunta o dénos información adicional que nos ayude a conocerlo y servirle mejor. Por favor incluya cualesquier necesidad especial que usted o su familia tenga.

Por favor indique parentesco: ☐ Hijo ☐ Hija ☐ Nieto(a) ☐ Otro (especifique) _____

Nombre legal del niño(a) (como aparece en el certificado de bautismo): _____ Grado: _____

Escuela a la que asiste: _____

Idioma principal: _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Lugar de nacimiento: ciudad _____ Estado/País: _____

Sacramentos recibidos (por favor indique la fecha que recibió el sacramento):

¿Bautismo? ____/____/____ ¿Reconciliación? ____/____/____ ¿Eucaristía? ____/____/____ ¿Confirmación? ____/____/____

Necesidades especiales (por favor indique): _____

Por favor indique parentesco: ☐ Hijo ☐ Hija ☐ Nieto(a) ☐ Otro (especifique) _____

Nombre legal del niño(a) (como aparece en el certificado de bautismo): _____ Grado: _____

Escuela a la que asiste: _____

Idioma principal: _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Lugar de nacimiento: ciudad _____ Estado/País: _____

Sacramentos recibidos (por favor indique la fecha que recibió el sacramento):

¿Bautismo? ____/____/____ ¿Reconciliación? ____/____/____ ¿Eucaristía? ____/____/____ ¿Confirmación? ____/____/____

Necesidades especiales (por favor indique): _____

Por favor indique parentesco: ☐ Hijo ☐ Hija ☐ Nieto(a) ☐ Otro (especifique) _____

Nombre legal del niño(a) (como aparece en el certificado de bautismo): _____ Grado: _____

Escuela a la que asiste: _____

Idioma principal: _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Lugar de nacimiento: ciudad _____ Estado/País: _____

Sacramentos recibidos (por favor indique la fecha que recibió el sacramento):

¿Bautismo? ____/____/____ ¿Reconciliación? ____/____/____ ¿Eucaristía? ____/____/____ ¿Confirmación? ____/____/____

Necesidades especiales (por favor indique): _____
