



St. Agnes
Catholic
Church

Escuela de Religión Parroquial (PSR) de St. Agnes

541 Spring St.
Orrville, Ohio 44667
330-682-2611
drestagnes@gmail.com

3 de agosto de 2026

Estimados padres de familia:

El programa PSR comienza el domingo 20 de septiembre. Se invita a las familias a asistir a la Misa de las 9:00 a. m. antes de acudir a la clase de PSR. Las clases se impartirán de 10:10 a. m. a 11:10 a. m.

Habrán formularios de inscripción adicionales en la parte posterior de la iglesia y en la oficina del centro parroquial; también pueden descargarse del sitio web: stagnesorrville.com. Necesitaremos una copia del certificado de nacimiento de su hijo, si no fue bautizado en St. Agnes. La fecha límite para entregar las inscripciones es el domingo 20 de septiembre. Pueden enviarse por correo a la dirección indicada arriba o entregarse en la oficina los lunes, martes, jueves y viernes de 9:00 a. m. a 3:00 p. m., o los miércoles de 9:00 a. m. a 12:00 del mediodía.

El domingo 27 de septiembre se llevará a cabo una reunión para padres durante el horario de PSR, en el sótano del centro parroquial. Los padres interesados en colaborar como voluntarios en las actividades de PSR podrán inscribirse durante dicha reunión.

Este año, los niños de segundo grado se prepararán para recibir los sacramentos de la Reconciliación y la Primera Comunión. Por favor, comuníquense con Mary Stoll si su hijo(a) cursa un grado superior al segundo y aún no ha recibido estos sacramentos. Es requisito que los niños asistan a PSR al menos durante el año previo a recibir un sacramento.

¡El personal y los maestros voluntarios esperamos con ilusión ayudar a su hijo o hijos a crecer en su amor por Dios y en la fe católica! Si tienen alguna pregunta, por favor llamen a la oficina al 330-682-2611.

Bendiciones,

Mary Jude Stoll, DRE (Directora de Educación Religiosa)

St. Agnes Parish School
of Religion Orrville, Ohio
2026—2027
Grades Pre-K – 9

Return by September 20th

Calificación: _____

Debe tener 4 años antes del 30/8 para Pre-K

Nombres: First & Middle Name: _____ Last Name: _____

Dirección/Address: _____

Ciudad/City _____ Código postal/Zip: _____

Fecha de nacimiento/Date of Birth: _____

Número de teléfono a donde siempre hay alguien que conteste
Primary Phone (can always reach someone) _____

Correo electrónico/Email: _____

Padres/Parents: _____

Mamá/Mother

Religión/Religion

La celda de mamá/Mother's Cell: _____

_____ Papá/Father

_____ Religión/Religion

La celda del padre/Father's Cell: _____

Si corresponde, ¿el padre que no es católico está interesado en aprender más sobre la Iglesia Católica? (If applicable, is the non-Catholic parent interested in learning more about the Catholic Church?)

_____ Sí/Yes _____ No

El niño vive con/Child lives with: _____ Mamá/Mother _____ Papá/Father _____ ambas/Both _____ otra/Other

Si es otro, por favor explica/If other, please explain _____

Contacto de emergencia/Emergency contact _____
(someone other than a parent) nombre/Name Teléfono/Phone
(alguien que no sea un padre)

Permitir que se tomen fotos de mi hijo Allow pictures of my child to be taken: Sí/Yes No

Firma de padres/Parent signature _____

Información sacramental/Sacramental Information: *Todos los niños deben tener su Certificado de Bautismo archivado en la oficina de Educación Religiosa. Los certificados están archivados para todos los niños bautizados en Santa Inés./All children must have their Baptismal Certificate on file in the Religious Education office. Certificates are on file for all children baptized at St. Agnes.*

Sacro Sacrament	Fecha Date	Iglesia/Church	Ciudad/Estado City, State
Bautismo Baptism			
Primera Reconciliación 1st Reconciliation			
Primera Comuni3n 1st Communion			
Confirmaci3n/Confirmation			

Iglesia de Santa Inés
Educación religiosa - PSR

Autorización médica de emergencia

Propósito: Permitir que los padres/tutores autoricen la prestación de tratamiento de emergencia a niños que se enferman o lesionan mientras están bajo la autoridad de la Iglesia, cuando no se puede localizar a los padres/tutores.

Nombre del estudiante : _____ Fecha de nacimiento : _____

Dirección : _____ Teléfono de casa : _____

Padre(s) con custodia o tutor(es):

Madre: _____ Teléfono/celular _____

Padre: _____ Teléfono/celular _____

Otro contacto: _____ Teléfono/celular _____

Dirección: _____ Relación: _____

Médico: _____ Teléfono: _____

Dentista: _____ Teléfono: _____

Especialista médico: _____ Teléfono: _____

Hospital local: _____ Teléfono: _____

Aseguradora médica: _____ Nombre del asegurado: _____

IMPORTANTE: Se requieren instrucciones específicas que se actualizan anualmente. A continuación, se de-be incluir la información sobre el historial médico del niño, incluyendo alergias, medicamentos que toma y cualquier discapacidad física que deba ser notificada a un médico o al personal de la iglesia. Si el estudiante requiere medicación durante el horario de PRS, comuníquese con la Oficina de Educación Religiosa al (330)682-2611 para coordinar los trámites correspondientes.

(Firma de la madre o del padre o tutor)

Fecha

ENCIMA

DEBE COMPLETARSE LA PARTE I O LA PARTE II

PARTE I: Para otorgar el consentimiento

En caso de que los intentos razonables de contactarme a mí o a otras partes mencionadas anteriormente no hayan tenido éxito, por la presente doy mi consentimiento para:

- 1. la administración de cualquier tratamiento que se considere necesario por parte de los profesionales de la salud mencionados o, en caso de que el profesional designado no esté disponible, por parte de cualquier otro profesional con licencia; y
- 2. el traslado del niño al hospital designado o a cualquier hospital razonablemente accesible (incluido el consentimiento para autorizar una cirugía de emergencia tras el consenso de dos profesionales con la licencia correspondiente).

Mi firma confirma que he comprendido este formulario y que la información requerida está completa.

Firma de la madre o del padre o tutor DIRECCIÓN Fecha

No complete la Parte II si completó la Parte I

Parte II: Negativa a dar el consentimiento

Mi firma confirma que comprendo este formulario y que la información requerida está completa. No doy mi consentimiento para el tratamiento médico de emergencia de mi hijo/a. En caso de enfermedad o lesión que requiera tratamiento de emergencia, solicito que el personal de la iglesia tome las siguientes medidas, en la medida de lo posible:

Firma de la madre o del padre o tutor DIRECCIÓN Fecha

Tarifas PSR 2026-2027

Costo: \$10 por 1 niño o \$20 por familia — Cost: \$10 for 1 Child or \$20 per family

Si estas tarifas representan una carga económica para tu familia, por favor comunícate con Mary Jude Stoll en la oficina parroquial: 330-682-2611. (Tu situación se mantendrá confidencial.)

Apellido: _____

Nombres de los estudiantes:

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

5. _____ 6. _____

Nombre del padre: _____

Cantidad incluida: _____ efectivo o Cheque # _____

Por favor completa este formulario si tu hijo tiene más de segundo grado y no ha hecho su Primera Confesión/Primera Comunión. Devuélvelo a la oficina antes del 27 de septiembre.

Nombre del niño	Calificación	Nombres de los padres	Número de teléfono