



# Escuela de Educacion Religiosa

## Formulario de Registro para la Parroquia de Santa Brigida

### 2024-25

Guarde este formulario en su computadora, complételo, luego envíelo por correo electrónico o imprímalo y entréguelo en la oficina parroquial.

### Campos mercado con un \* son requeridos

*Por favor tenga en cuenta que una copia del certificado de bautismo debe estar en el archivo para cada estudiante. Nuevos estudiantes tendra que presentar una copia original del certificado de bautismo con su registro. Aninamos a todas familias participando en Nuestra programa SRE registrase y convertirse feligreses de Santa Brigida (St. Brigid)*

**TODAS LAS CLASES SE LLEVARAN EN LA ESCUELA DE SANTO PATRICIO (ST. PATRICK SCHOOL)**

#### Información de familia:

Apellido de Familia: \_\_\_\_\_ \*

Dirección: \_\_\_\_\_ \*

Ciudad: \_\_\_\_\_ \* Estado: \_\_\_\_\_ \* Código Postal \_\_\_\_\_ \*

Padre (o tutor legal) Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ \*

Madre (o tutor legal) Correo Electrónico \_\_\_\_\_ \*

Padre Numero Celular \_\_\_\_\_ Madrew Numero Celular \_\_\_\_\_ \*

Parroquiano Numero de Sobre \_\_\_\_\_ Our Lady of Humility \_\_\_\_\_ St. Patrick \_\_\_\_\_ (marca de queiglesia eres miembro)

#### Información de Padres/Tutores:

Padre/ (o tutor legal) Nombre: \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_ \*

Madre (o tutor legal) Nombre: \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_ \*

Madre/Apellido de Soltera \_\_\_\_\_ \* (requerido para el registro sacramental)

#### Emergency Contact Information:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion con el niño(a) \_\_\_\_\_ \*

Mejor número para usar los domingos por la mañana \_\_\_\_\_ \*

**“Yo/autorizamos a esta persona a recoger a los niños a continuación \_\_\_\_\_ \***

(Se requerirá una identificación apropiada)

#### **Quien tiene la custodia primaria de estos niños?\***

\_\_\_\_\_ Niño (a) vive con ambos padres

\_\_\_\_\_ Niño (a) vive solo con la madre/el padre

\_\_\_\_\_ Los padres tienen la custoida compartida pero viven separados



### Informacion de Registro—Nino #1

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ \* Inicial: \_\_\_\_\_ \* Apellido \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado (otoño de 2024)

\_\_\_\_\_

Por favor haga una lista de condiciones especiales, requisitos educación especial o condiciones medicas (incluyendo alergias) que debemos tener en cuenta. Si su hijo (a) tiene un IEP (plan de Educacion Individual), por favor presente una copia para que podamos server mejor a sus necesidades.

#### Nino #1 Sacramentos ya recibidos:

SRE grados concluido:

1<sup>st</sup> \_\_\_\_\_ 2<sup>nd</sup> \_\_\_\_\_ 3<sup>rd</sup> \_\_\_\_\_ 4<sup>th</sup> \_\_\_\_\_ 5<sup>th</sup> \_\_\_\_\_ 6<sup>th</sup> \_\_\_\_\_ 7<sup>th</sup> \_\_\_\_\_ Primera Comuni3n \_\_\_\_\_ L-1 Confirmaci3n \_\_\_\_\_

	Fecha Recibido	OLH/SP or otra parroquia	Cuidad/Estado
Bautismo			
Reconciliaci3n			
Eucaristía			
Confirmaci3n			

### Informacion de Registro—Nino #2

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ \* Inicial: \_\_\_\_\_ \* Apellido \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado (otoño de 2024)

Por favor haga una lista de condiciones especiales, requisitos educación especial o condiciones medicas (incluyendo alergias) que debemos tener en cuenta. Si su hijo (a) tiene un IEP (plan de Educacion Individual), por favor presente una copia para que podamos server mejor a sus necesidades.

#### Nino #2 Sacramentos ya recibidos:

SRE grados concluido:

1<sup>st</sup> \_\_\_\_\_ 2<sup>nd</sup> \_\_\_\_\_ 3<sup>rd</sup> \_\_\_\_\_ 4<sup>th</sup> \_\_\_\_\_ 5<sup>th</sup> \_\_\_\_\_ 6<sup>th</sup> \_\_\_\_\_ 7<sup>th</sup> \_\_\_\_\_ L-1 First Communion \_\_\_\_\_ L-1 Confirmation \_\_\_\_\_

	Date Received	OLH/SP or Other Parish Name	City/State
Bautismo			
Reconciliaci3n			
Eucaristía			
Confirmaci3n			



### Informacion de Registro—Nino #3

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ \* Inicial: \_\_\_\_\_ \* Apellido \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado (otoño de 2024)

Por favor haga una lista de condiciones especiales, requisitos educación especial o condiciones medicas (incluyendo alergias) que debemos tener en cuenta. Si su hijo (a) tiene un IEP (plan de Educacion Individual), por favor presente una copia para que podamos server mejor a sus necesidades.

#### Nino #3 Sacramentos ya recibidos:

SRE grados concluido:

1<sup>st</sup> \_\_\_\_\_ 2<sup>nd</sup> \_\_\_\_\_ 3<sup>rd</sup> \_\_\_\_\_ 4<sup>th</sup> \_\_\_\_\_ 5<sup>th</sup> \_\_\_\_\_ 6<sup>th</sup> \_\_\_\_\_ 7<sup>th</sup> \_\_\_\_\_ L-1 First Communion \_\_\_\_\_ L-1 Confirmation \_\_\_\_\_

	Date Received	OLH/SP or Other Parish Name	City/State
Bautismo			
Reconciliación			
Eucaristía			
Confirmación			

### Informacion de Registro—Nino #4

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ \* Inicial: \_\_\_\_\_ \* Apellido \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado (otoño de 2024)

Por favor haga una lista de condiciones especiales, requisitos educación especial o condiciones medicas (incluyendo alergias) que debemos tener en cuenta. Si su hijo (a) tiene un IEP (plan de Educacion Individual), por favor presente una copia para que podamos server mejor a sus necesidades.

#### Nino #4 Sacramentos ya recibidos:

SRE grados concluido:

1<sup>st</sup> \_\_\_\_\_ 2<sup>nd</sup> \_\_\_\_\_ 3<sup>rd</sup> \_\_\_\_\_ 4<sup>th</sup> \_\_\_\_\_ 5<sup>th</sup> \_\_\_\_\_ 6<sup>th</sup> \_\_\_\_\_ 7<sup>th</sup> \_\_\_\_\_ L-1 First Communion \_\_\_\_\_ L-1 Confirmation \_\_\_\_\_

	Date Received	OLH/SP or Other Parish Name	City/State
Bautismo			
Reconciliación			
Eucaristía			
Confirmación			



### Permiso de publicación de medios electrónicos

Por la presente doy mi permiso a la Parroquia St. Brigid y a la Escuela de Educación Religiosa (SRE) para usar sonido, video e imágenes fotográficas de mi(s) hijo(s) mencionado(s) arriba para comunicados de prensa, folletos y otras producciones relacionadas con la Iglesia o la SRE. Además, doy permiso para que la imagen, el trabajo y el nombre de mi(s) hijo(s) se utilicen en el sitio web de la Parroquia. Entiendo que no se utilizarán apellidos en el sitio web.

De acuerdo en desacuerdo: \_\_\_\_\_ Discrepar \_\_\_\_\_

### Permiso de capacitación en ambiente seguro

Doy mi permiso para que mi(s) hijo(s) participen en el Programa Arquidiocesano de Capacitación sobre Ambiente Seguro, 'Llamados a Proteger'. Este programa se divide en sesiones apropiadas para la edad y el catequista lo presenta al niño a fines del invierno. /inicio de la primavera. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre el programa, llame a la oficina parroquial y solicite hablar con el párroco.

De acuerdo en desacuerdo: \_\_\_\_\_ Discrepar \_\_\_\_\_

**“He leído y entiendo el Manual de la SRE para 2024-25 y entiendo que este Manual está sujeto a cambios”**

De acuerdo en desacuerdo: \_\_\_\_\_ Discrepar \_\_\_\_\_

Firmado (escriba el nombre completo) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Recordatorio:** ¡Complete el Formulario de autorización médica después de enviar el registro!

\*\*\*\* No se aceptarán formularios de inscripción sin una copia de todos los certificados de bautismo del solicitante y un depósito no reembolsable de \$100.



For parish use only:

Last Name of Family: \_\_\_\_\_ Parish ID# \_\_\_\_\_

### Medical Information

#### Authorization for Medical Treatment

*(The Archdiocese of Chicago requires this form to be completed, signed and submitted to the SRE Office before a child is admitted to class.)*

In the event that the undersigned, or my (our) authorized physician, cannot be reached and in the judgment of Fr. Oleksy or his authorized representative, or any other staff member of St. Brigid Parish, there is a necessity for immediate examination and/or treatment of my (our) child, I (we) hereby authorize any of the aforesaid personnel to obtain for my (our) child such medical services as are deemed necessary including calling local paramedics. If paramedics are called we will follow their assessment and direction. This release and authorization is valid for September 1, 2024 through August 31, 2025

Parent/Guardian's Name

Sunday AM Phone

Physician's Name

Phone Number

Physician's Address

Medical Insurance Company

Policy and ID number

#### Other contact person in case of emergency:

Name

Sunday AM Phone

Relationship

Parent or Guardian's Signature (online submission type name)

Date

\_\_\_\_ (online only) by entering my name and date above I certify that I have read the entire document and agree to all terms and conditions herein.

Name of Child (Last name if different)	SRE Grade	Allergies, Medications, Significant Medical Conditions	Date of Last Tetanus Shot
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			