

CATHEDRAL CHAPEL of ST. VIBIANA

ROMAN CATHOLIC CHURCH SINCE 1927



2016-2017 REGISTRO DE PROGRAMA DE RELIGION RELIGIOSA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

DOMICILIO DE CASA: _____

CIUDAD/ ZONA POSTAL: _____

NOMBRE DEL PAPA': _____

TELEFONO CASA: _____

TELEFONO TRABAJO: _____

TELEFONO CELL: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

NOMBRE DE LA MAMA': _____

TELEFONO CASA: _____

TELEFONO TRABAJO: _____

TELEFONO CELL: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

PRIMERA COMUNION NIVEL 1 2 \$60/estudiante

CONFIRMACION NIVEL: 1 2 \$200/estudiante (Incluye cuota de retiro)

El estudiante viven con: Ambos Mama' Papa' Otro

Nombre de otros parientes: _____

Parentesco: _____

Domicilio (si es otro): _____

TELEFONO Casa: _____

TELEFONO Cell: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

EDAD: _____

GENERO: Masculino Femenino

GRADO: _____

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____

INFORMACION DEL BAUTIZO/1ST COMMUNION Copias de Certificado en el archivo

FECHA DE BAUTIZO/PRIMERA COMUNION: _____

NOMBRE DE LA IGLESIA: _____

DOMICILIO DE LA IGLESIA: _____

CIUDAD/ZONA POSTAL: _____

ERES UN FELIGRES DE ESTA IGLESIA? Si (ID # _____) NO

SI NO, NOMBRE DE LA IGLESIA _____

Informacion de Emergencia EN CASO DE UNA EMERGENCIA O UN DESASTRE O TERREMOTO, SUS HIJOS (AS) SE MANTENDRAN EN LOS TERRENOS DE LA IGLESIA, Y SOLO SERAN ENTRAGADOS A SUS PADRES O A LOS SIGUIENTES ADULTOS MENCIONADOS ABAJO:

PERSONA A CONTACTAR EN EMERGENCIA

PARENTESCO: _____

TELEFONO CASA: _____

TELEFONO TRABAJO: _____

TELEFONO CELL: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

PERSONA A CONTACTAR EN EMERGENCIA

PARENTESCO: _____

TELEFONO CASA: _____

TELEFONO TRABAJO: _____

TELEFONO CELL: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

Por la presente doy consentimiento que estas personas pueden llevarse a mi hijo(a) a la casa, en caso que yo no pueda. Ellos estan informados de este permiso.

Padres/Guardianes Firma

***** LA REGISTRACION NO ESTA COMPLETA SI NO HAY UNA COPIA/S DEL BAUTIZO Y PRIMERA COMMUNION DEL ESTUDIANTE. *****

PARA USO DE OFICINA:

CUOTA DE INSCRIPCION \$200 Confirmacion \$60 Primera Comunion

CANTIDAD RECIVIDA \$ _____

CHEQUE #/EFECTIVO/FECHA: _____ Date: _____

PAGO DIFERIDO: Yes No

Pago #1 \$ _____ Efec/Chk# _____ Fecha _____

Pago #2 \$ _____ Efec/Chk# _____ Fecha _____

BALANCE ASTA ENERO 2017: Pago #3 \$ _____ Efec/Chk# _____ Fecha _____

Habra un cargo de \$25 por

Pago #4 \$ _____ Efec/Chk# _____ Fecha _____

pagos atrasados 12/ 31/2016

Pago #5 \$ _____ Efec/Chk# _____ Fecha _____