



CATHEDRAL CHAPEL of ST. VIBIANA

ROMAN CATHOLIC CHURCH SINCE 1927

2018-2019

REGISTRO DE PROGRAMA DE RELIGIOSA

por favor imprimir

NOMBRE

DEL ESTUDIANTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

EDAD: _____

GENERO: MASCULINO FEMENINO

GRADO: _____

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____

PRIMERA COMUNIÓN NIVEL 1 2

CONFIRMACIÓN NIVEL 1 2

DOMICILIO DE CASA: _____

CIUDAD/ZONA POSTAL: _____

NOMBRE DEL PAPÁ: _____

NUMERO DE CONTACTO: Casa _____

Trabajo: _____ Cell: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

NOMBRE DEL MAMÁ: _____

NUMERO DE CONTACTO: Casa: _____

Trabajo: _____ Cell: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

INFORMACIÓN SACRAMENTO

BAUTIZO Copia de Certificado en el archivo

FECHA bautizada: _____

NOMBRE DE LA IGLESIA: _____

CIUDAD/ZONA POSTAL: _____

PRIMERA COMUNIÓN Copias recibidas

NOMBRE DE LA IGLESIA: _____

CIUDAD/ZONA POSTAL: _____

EL ESTUDIANTE VIVEN CON: Ambos Mamá Papá Otro

NOMBRE DE OTROS PARIENTES: _____

PARENTESECO: _____

NUMERO DE CONTACTO: Casa _____

Trabajo: _____ Cell: _____

ERES UN FELIGRES DE ESTA IGLESIA?

SI NO

Si, Iglesia ID# _____

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:

NOMBRE: _____

PARENTESECO: _____

NUMERO DE CONTACTO: Casa: _____

Trabajo: _____ Cell: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

NOMBRE: _____

PARENTESECO: _____

NUMERO DE CONTACTO: Casa: _____

Trabajo: _____ 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 COMUNIÓN DEL ESTUDIANTE.

PARA USO DE OFICINA: Date of Registration: _____

ANNUAL FEE: \$200 CONFIRMATION (Includes Retreat Fee) \$60 FIRST COMMUNION

AMOUNT RECEIVED: \$ _____

PAYMENT: CASH CHECK # _____ DATE: _____

DEFERRED PAYMENT: YES

PAY #1 \$ _____ Cash/Check# _____ Date _____

PAY #2 \$ _____ Cash/Check# _____ Date _____

PAY #3 \$ _____ Cash/Check# _____ Date _____

PAY #4 \$ _____ Cash/Check# _____ Date _____

PAY #5 \$ _____ Cash/Check# _____ Date _____

BALANCE AS OF JAN. 31, 2019:

\$ _____

Abra un cargo de \$25 por

pagos atrasados 1/31/2019.

CCSV8262018