



2022-2023
School Year



K-5 Faith Formation Registration Form

Children's Ministry Coordinator

Alessia Reyes: (864)803-5511

ar@saintpaulseneca.org



Director of Religious Education

JoAnne Baker: (864)886-2049

jb@saintpaulseneca.org



NAME OF CHILD/REN: _____

PARENT/GUARDIAN INFORMATION:

Name: _____ Phone: _____ Email: _____

Name: _____ Phone: _____ Email: _____

Relationship (if not parent/s) _____

EMERGENCY CONTACT:

If you are unable to reach me, please contact:

Name: _____ Phone: _____ Relationship: _____

Name: _____ Phone: _____ Relationship: _____

PICK-UP INFORMATION:

I give permission to the following person/s to pick up my child/ren from Faith Formation classes in my absence:

MEDICAL CONSENT AND PERMISSION FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT

To the best of my knowledge, my child/ren is/are in good health, and I assume all responsibility for the health of my child/ren. In the event of an emergency, I give permission for medical personnel to transport my child/ren to a hospital or emergency treatment facility. I wish to be advised prior to any further treatment by the medical professionals, but I do not want treatment to be withheld if neither I nor any emergency contact I have named below can be located and the injury is life-threatening or the failure to provide treatment is likely to result in permanent injury.

I hereby grant medical personnel permission to release medical information to a parish representative in the event that my child becomes ill or injured.

MEDICAL INFORMATION:

Immunizations are current and up-to-date: Yes No

Allergies: _____

Family Doctor: _____ Phone: _____

MEDICATION:

Medication is not administered by anyone in the Faith Formation Program. In some cases, children attending parish Faith Formation may be subject to potentially life-threatening episodes (due, for example, to allergies, epilepsy, diabetes, etc.) which would require immediate attention and action. In such cases, parents are expected to inform the Faith Formation Director concerning emergency procedures to be followed.

Signature Parent/Guardian: _____ Date: _____

PHOTOGRAPH/PRESS RELEASE:

I give my permission for my child/ren to be photographed and understand that the photographs may be used for publicity, etc. (no names will be used in association with the photograph.

Yes No

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD LEGAL DE LOS PADRES/TUTOR

NOMBRE DE HIJO/S: _____

INFORMACIÓN DEL LOS PADRES/TUTOR:

Nombre : _____ Phone: _____ Email: _____

Nombre : _____ Phone: _____ Email: _____

Relación (si no padres) _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

Si no puede comunicarse conmigo, por favor contacte a:

Nombre: _____ Phone: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Phone: _____ Relación: _____

RECOGER INFORMACIÓN:

Doy permiso a la/s siguiente/s persona/s para recoger a mi/s hijo/s de las clases de Formación de Fe en mi ausencia:

CONSENTIMIENTO MEDICO Y PERMISO PARA SER ATENDIDO

Con el mejor conocimiento que tengo, mi hijo(a), , está bien de salud y asumo todas las responsabilidades por la salud de mi hijo(a). En caso de una emergencia, yo doy permiso para que el personal medico transporte mi hijo/a a un hospital o centro de tratamiento de emergencia. Yo espero seme avise antes de que se le realicen futuros tratamientos en el hospital o en la oficina del doctor. Deseo se me informe antes de cualquier tratamiento adicional por parte de los profesionales médicos; pero no quiero que se le retenga el tratamiento si no se puede contactar a un contacto de emergencia que menciono a continuación o a mi persona y la lesión es potencialmente mortal o la falta de tratamiento resulte en una lesión permanente.

Yo por este medio autorizo para que el personal médico dé información a un representante de la parroquia en el caso de que mi joven tenga algún dolor o lesión.

INFORMACIÓN MÉDICA:

La inmunizaciones están al día: ___ Sí ___ No

Alergias: _____

Medico Familiar: _____ Phone: _____

MEDICACIÓN:

La medicación no es administrada por nadie en el Programa de Formación en la Fe. En algunos casos, los niños que asisten a la Formación de Fe de la parroquia pueden estar sujetos a episodios potencialmente mortales (debido, por ejemplo, a alergias, epilepsia, diabetes, etc.) que requieren atención y acción inmediatas. En tales casos, se espera que los padres informen al Director de Formación de Fe sobre los procedimientos de emergencia que deben seguirse.

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____

FOTOGRAFÍA/COMUNICADO DE PRENSA:

Doy mi permiso para que mis hijos sean fotografiados y entiendo que las fotografías pueden usarse para publicidad, etc. (no se usarán nombres en asociación con la fotografía).

_____ Sí ___ No

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____

STUDENT INFORMATION:

STUDENT'S FULL NAME:

FIRST NAME: _____ MIDDLE NAME: _____ LAST NAME: _____

DATE OF BIRTH: ___/___/___ SEX: ___ MALE ___ FEMALE

GRADE IN 2022/2023: _____ SCHOOL: _____

PREVIOUSLY ATTENDED ST PAUL FAITH FORMATION? ___ YES ___ NO | IF YES, WHEN? _____

HEALTH ISSUES/ALLERGIES/SPECIAL NEEDS/OTHER CONCERNS: _____

SACRAMENTS RECEIVED: *(PROVIDE COPIES OF ALL SACRAMENTAL CERTIFICATES TO THE FAITH FORMATION OFFICE)*

SACRAMENT	DATE	CHURCH NAME AND ADDRESS WHERE SACRAMENT WAS RECEIVED
BAPTISM	___/___/___	_____
RECONCILIATION	___/___/___	_____
1ST COMMUNION	___/___/___	_____

FAMILY INFORMATION:

FAMILY LAST NAME: _____ PHONE: _____

EMAIL: _____ NUMBER OF CHILDREN IN FAMILY BEING REGISTERED: _____

ADDRESS: _____ NAME/S AND GRADE/S IN SCHOOL: _____

CITY: _____

PARENT/GUARDIAN INFORMATION:

NAME: _____ NAME: _____

PHONE: _____ PHONE: _____

EMAIL: _____ EMAIL: _____

RELIGION: _____ RELIGION: _____

MARITAL STATUS: ___ SINGLE ___ MARRIED ___ SEPARATED ___ DIVORCED MARITAL STATUS: ___ SINGLE ___ MARRIED ___ SEPARATED ___ DIVORCED

IF MARRIED, MARRIED IN THE CATHOLIC CHURCH? ___ YES ___ NO IF MARRIED, MARRIED IN THE CATHOLIC CHURCH? ___ YES ___ NO

RELATIONSHIP: ___ FATHER ___ MOTHER ___ OTHER: _____ RELATIONSHIP: ___ FATHER ___ MOTHER ___ OTHER: _____

IF MOTHER, MAIDEN NAME: _____ IF MOTHER, MAIDEN NAME: _____

PARENT/LEGAL GUARDIAN SIGNATURE: _____ DATE: _____

INFORMACIÓN DE ESTUDIANTE:

NOMBRE COMPLETO DEL ESTUDIANTE:

NOMBRE: _____ SEGUNDO NOMBRE: _____ APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ GÉNERO: MASCULINO FEMENINO

GRADO EN 2022/2023: _____ ESCUELA: _____

HAN ASISTIDO AQUÍ ANTES SI NO | ¿SI SI, CUÁNDO? _____

PROBLEMAS DE SALUD/ALERGIAS/NECESIDADES ESPECIALES/OTRAS PREOCUPACIONES: _____

SACRAMENTOS RECIBIDOS: (DAR COPIAS DE TODOS LOS CERTIFICADOS SACRAMENTALES A LA OFICINA)

SACRAMENTO	FECHA	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA IGLESIA DÓNDE EL SACRAMENTO FUE RECIBIDO
BAUTISMO	____/____/____	_____
RECONCILIACIÓN	____/____/____	_____
1 ST COMUNIÓN	____/____/____	_____

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA:

APELLIDO DE LA FAMILIA: _____ PHONE: _____

EMAIL: _____ NUMERO DE ESTUDIANTES DE LA FAMILIA REGISTRADOS: _____

DIRECCIÓN: _____ NOMBRE(S) Y GRADO(S) EN ESCUELA: _____

CIUDAD: _____

INFORMACIÓN DEL LOS PADRES/TUTOR:

NOMBRE: _____ NOMBRE: _____

PHONE: _____ PHONE: _____

EMAIL: _____ EMAIL: _____

CATÓLICO? SI NO (_____)

ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO SEPARADO DIVORCIADO

SI CASADO, ESTA CASADO POR LA IGLESIA CATÓLICA? SI NO

RELACIÓN: PADRE MADRE OTRO: _____

SI MADRE, NOMBRE COMPLETO DE SOLTERA: _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL: _____ **FECHA:** _____



2022/2023 SCHOOL YEAR
RETURNING STUDENTS | K/5 FAITH FORMATION REGISTRATION FORM

FEES: 1 CHILD: \$30 | 2 CHILDREN: \$40 | 3 CHILDREN: \$50 | 4+ CHILDREN: \$60

STUDENT/S INFORMATION:

STUDENT'S FULL NAME:

FIRST NAME: _____ MIDDLE NAME: _____ LAST NAME: _____

DATE OF BIRTH: ____/____/____ SEX: ___ MALE ___ FEMALE

GRADE IN 2022/2023: _____ SCHOOL: _____

STUDENT'S FULL NAME:

FIRST NAME: _____ MIDDLE NAME: _____ LAST NAME: _____

DATE OF BIRTH: ____/____/____ SEX: ___ MALE ___ FEMALE

GRADE IN 2022/2023: _____ SCHOOL: _____

STUDENT'S FULL NAME:

FIRST NAME: _____ MIDDLE NAME: _____ LAST NAME: _____

DATE OF BIRTH: ____/____/____ SEX: ___ MALE ___ FEMALE

GRADE IN 2022/2023: _____ SCHOOL: _____

STUDENT'S FULL NAME:

FIRST NAME: _____ MIDDLE NAME: _____ LAST NAME: _____

DATE OF BIRTH: ____/____/____ SEX: ___ MALE ___ FEMALE

GRADE IN 2022/2023: _____ SCHOOL: _____

FAMILY INFORMATION:

FAMILY LAST NAME: _____ PHONE: _____

EMAIL: _____ NUMBER OF CHILDREN IN FAMILY BEING REGISTERED: _____

ADDRESS: _____ CITY: _____

PARENT/GUARDIAN INFORMATION:

NAME: _____ NAME: _____

PHONE: _____ PHONE: _____

EMAIL: _____ EMAIL: _____

RELATIONSHIP: ___ FATHER ___ MOTHER ___ OTHER: _____ RELATIONSHIP: ___ FATHER ___ MOTHER ___ OTHER: _____

PARENT/LEGAL GUARDIAN SIGNATURE: _____ **DATE:** _____

INFORMACIÓN DE ESTUDIANTE:

NOMBRE COMPLETO DEL ESTUDIANTE:

NOMBRE: _____ SEGUNDO NOMBRE: _____ APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ GENERO: ___ MASCULINO ___ FEMENINO

GRADO EN 2022/2023: _____ ESCUELA: _____

.....

NOMBRE COMPLETO DEL ESTUDIANTE:

NOMBRE: _____ SEGUNDO NOMBRE: _____ APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ GENERO: ___ MASCULINO ___ FEMENINO

GRADO EN 2022/2023: _____ ESCUELA: _____

.....

NOMBRE COMPLETO DEL ESTUDIANTE:

NOMBRE: _____ SEGUNDO NOMBRE: _____ APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ GENERO: ___ MASCULINO ___ FEMENINO

GRADO EN 2022/2023: _____ ESCUELA: _____

.....

NOMBRE COMPLETO DEL ESTUDIANTE:

NOMBRE: _____ SEGUNDO NOMBRE: _____ APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ GENERO: ___ MASCULINO ___ FEMENINO

GRADO EN 2022/2023: _____ ESCUELA: _____

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA:

APELLIDO DE LA FAMILIA: _____ PHONE: _____

EMAIL: _____ NUMERO DE ESTUDIANTES DE LA FAMILIA REGISTRADOS: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____

INFORMACIÓN DEL LOS PADRES/TUTOR:

NOMBRE: _____ NOMBRE: _____

PHONE: _____ PHONE: _____

EMAIL: _____ EMAIL: _____

RELACIÓN: ___PADRE ___MADRE ___OTRO: _____ RELACIÓN: ___PADRE ___MADRE ___OTRO: _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL: _____ **FECHA:** _____