

Parroquia María Madre de la Iglesia
Oficina de Educación Religiosa
749 Linwood St.
Brooklyn, NY 11208
Ph#: 718-649-0450

Formulario de Inscripción para el Programa de Catecismo
Año Académico 2014 - 2015

Fecha de Inscripción: ____ / ____ / ____

Información del Niño:

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad Actual: _____ Curso Actual: _____

Dirección: _____ Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Teléfono (Casa): _____ Segundo Número Telefónico: _____

Nacionalidad: _____ Acta de nacimiento en archivo: Si ____ No ____

Para Uso de la Oficina SOLAMENTE:

Clase Registrada: _____ Iglesia: SG / SJ

Cantidad Pagada: _____ Fecha de Pago: _____ Cantidad a Deber: _____

Número de Recibo: _____ Fecha de Paso: _____ # de Estudiante _____

1. ¿El niño/a **necesita el sacramento del bautismo**? Si: ____ No: ____

2. **Si NO**, Fecha de Bautismo: ____ / ____ / ____ Iglesia donde se bautizó: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

País: _____ Acta de Bautismo Recibida el _____

3. Mi niño/a hizo su **Primera Comunión** en: Año: _____

Iglesia: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ País: _____

Nombre de quien inscribe al Niño/a:

Primer Nombre: _____

Apellido: _____

Relación con el Niño/a: _____

1. ¿Es usted la persona responsable por la llegada y salida del niño/a a clase y para asistir a las reuniones?

SI___ No___

a. Si no, ¿quién es responsable para asistir a las reuniones Y para traer al niño a las clases y

¿Misa? _____

Información del Guardián (Si diferente a los padres biológicos):

Primer Nombre: _____

Apellido: _____

Telefónico de la Casa _____ Segundo #: _____ # de Trabajo: _____

Correo Electrónico: _____

(Idioma Preferido: _____)

1. ¿El niño/a tiene contacto con su padre/madre biológico? Si _____ / No _____

2. ¿Si, el padre / madre es permitido a recoger el niño/a de las clases de catecismo?

Si _____ / No _____

3. ¿Hay una orden de restricción contra uno o los dos padres? Si _____ / No _____

Información de Segunda Persona en Caso de Emergencia:

Primer Nombre: _____

Apellido: _____

Relación al niño/a: _____

Teléfono de la Casa: _____

de Celular: _____

Por Favor: Necesitamos la información de una segunda persona en caso de que no podamos comunicarnos con usted en caso de emergencia. Si esta información cambia, por favor asegúrese de informarnos lo más pronto posible.

Información de los Padres:**El niño/a vive con:** Madre / Padre / Ambos / Otro**Madre:****Idioma Preferido** _____

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

¿Está casada por la Iglesia Católica? Sí _____ No _____

¿Desea recibir algún sacramento? Sí _____ No _____ En caso de que Sí, cuáles?

Bautismo _____ Comunión _____ Confirmación _____ Matrimonio _____

(Para cancelaciones de clase, reformatorios de reuniones, por favor incluya su correo electrónico)

Correo Electrónico _____

Padre:**Idioma Preferido** _____

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

¿Está casado por la Iglesia Católica? Sí _____ No _____

¿Desea recibir algún sacramento? Sí _____ No _____ En caso de que Sí, cuáles?

Bautismo _____ Comunión _____ Confirmación _____ Matrimonio _____

(Para cancelaciones de clase, reformatorios de reuniones, por favor incluya su correo electrónico)

Correo Electronico: _____

Información Médica y/o Necesidades Especiales:

1. ¿Tiene su niño alergias a algún alimento? Si _____ / No _____

a. ¿Si tiene, cuáles? _____

2. ¿Tiene su niño alergias a algún medicamento? Si _____ / No _____

a. ¿Si tiene, cuáles? _____

3. ¿Padece su niño de Asma? Si _____ / No _____

a. ¿Si su niño/a padece de asma, necesita su inhalador en la clase? Si _____ / No _____

b. ¿Necesita ayuda para usarlo? Si _____ / No _____

4. ¿Tiene su niño cualquier otra condición médica por la cual él o ella deben tomar medicamento?

Si _____ / No _____

a. ¿Si tiene, que condición? _____

b. ¿Si tiene, que medicamentos toma? _____

5. ¿Su niño requiere atención especial? Si _____ / No _____

a. ¿Si tiene, qué clase de atención especial necesita? _____

Necesidades Especiales / Discapacidad:

1. ¿Tiene su niño Discapacidad de aprendizaje como Autismo, ADHD, ansiedad, etc.? Si ____ / No ____
a. ¿Toma su niño algún medicamento para esta condición? Si ____ / No ____
a.i. ¿Qué medicamento? _____
a.ii. ¿Si su niño toma este medicamento normalmente, llegará a ser él agresivo o violento si él no toma su medicamento? Si ____ / No ____

2. ¿Su hijo/a tiene un *PEI (IEP) en su escuela regular? Sí ____ No ____
a. ¿Qué tipo de discapacidad aprendizaje indica el PEI (IEP) y cómo podemos mejor servir y educar a su niño? _____

**Si su niño tiene un PEI, Programa de educación individual (IEP), por favor traiga una copia antes de empezar el catecismo para poder ayudar su niño a alcanzar sus metas.*

3. ¿Está su niño en el nivel apropiado de lectura? Si ____ / No ____
A. Si no, a qué nivel lee? _____
4. ¿Puede deletrear su niño según su nivel (grado) escolar? Si ____ / No ____
A. Si no, a qué nivel deletrea y escribe? _____

5. Escriba por favor cualquier otra información que quizás puedan ser útiles para la directora del programa o para el maestro de su niño.

Por favor: *Si su niño/a tiene alguna discapacidad o está retrasado en la escuela, necesitamos saberlo. Esto afectara su aprendizaje y exámenes en nuestro programa de catecismo. Mientras más información usted nos facilite, más podremos ayudarle. Si alguna de esta información cambia a través del año, por favor infórmenos en seguida.*

Información de Salida: Solo las personas indicantes en esta lista podrán recoger a su niño.

Por favor ponga los nombres de personas a quien se le pueda entregar su niño/a a la salida de clases.

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

Por favor:

- 1. Padres o guardianes, si otro adulto va a recoger el niño/a, aun si está en la lista, debe avisar a la Directora de Educación Religiosa con anticipación. Gracias por su ayuda.*
- 2. Si su niño/a se va a casa solo, por favor entréguenos una carta firmada indicando que usted da permiso para que se vaya solo a la hora de salida.*