

ST. ANNA'S SCHOOL OF RELIGION REGISTRATION FORM

*Inscripcion Para la Catequesis
2018-19 Escuela de Religión*

APELLIDO (*Family Name*): _____

NOMBRE/PADRE (*Father's Name*): _____

NOMBRE SOLTERA/MADRE (*Mother's Name*): _____

DIRECCION (*Address*): _____

_____ GA _____

CIUDAD (*City*) _____ CODIGO POSTAL (*ZIP Code*) _____

TELEFONO DE CASA (*Home Phone*): _____

TELEFONOS CELULAR (*Cell Phone*): _____

CORREO ELECTRONICO (*Email*): _____

REGISTERING FOR GRADES PRE-K - 12:

Nombre y Apellido del Nino (a) <i>Child's Name (first & last)</i>	Nino/Nina <i>Male/Female</i>	Fecha de Nacimiento <i>Date of Birth</i>	Grado en la Escuela <i>Grade in School</i>	Escuela que presta atencion <i>School attending</i>

CHILDREN ABOVE GRADE 2 WHO HAVE NOT RECEIVED THE SACRAMENTS OF BAPTISM, FIRST PENANCE AND/OR FIRST COMMUNION.

NINOS MAYORES DEL GRADO 2 QUE NO HAN RECIBIDO LOS SACRAMENTOS DE BAUTISMO, PRIMERA PENITENCIA/O PRIMERA COMUNION.

NOMBRE Y APELLIDO DEL NINO(A) _____

(Name of Student)

(Grade of student)

*(Check the box for the sacrament(s) child has **NOT** received)*

Grado de estudiante: _____

Marque la casilla de los sacramentos que el niño **NO ha** recibido:

- Bautismo Reconciliacion Comunion
(Baptism) *(Reconciliation)* *(Communion)*

GRADE 2 PARENTS PLEASE COMPLETE SACRAMENTAL INFORMATION BELOW:

PADRES DEL GRADO 2 POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACION SACRAMENTAL ABAJO:

CHURCH OF BAPTISM

NOMBRE DE LA IGLESIA DONDE SE BAUTISO: _____

_____ CALLE (*Street*)

_____ CIUDAD (*City*)

_____ ESTADO (*State*)

_____ CODIGO POSTAL (*ZIP*)

FECAH DEL BAUTISMO: _____ APELLIDO DE LA MADRE SOLTERA: _____

DATE OF BAPTISM

MOTHER'S MAIDEN NAME

FIRST COMMUNION STUDENTS NOT BAPTIZED AT ST. ANNA'S MUST SUBMIT A COPY OF THEIR BAPTISMAL CERTIFICATE.
**ESTUDIANTES DE PRIMERA COMUNION QUE NO HAN TOMADO BAUTISMO EN ST. ANNA'S DEBERAN
 PRESENTAR UNO COPIA DE SU CERTIFICADO DE BAUTISMO.**

Please detail any special information or health problems regarding each of the students registering. This would include: physical needs, learning needs, reading or writing difficulties, allergies (drugs, food, environment, etc). This information will be kept strictly confidential; it is for Religious Education use only.

Por favor detallar cualquier informacion especial o problems de salud con respecto a cada uno de los estudiantes que se estan registrando. Esto incluye: necesidales fisicas, las necesidades de aprendizaje, lectura o problemas con la escritura, alergias (drogas, comida, y medio ambiente, ect) Esta informacion sera estrictamente confidencial. Esto es solamente para la EducacionReligiosa.

1. Apellido del Nino(a): _____
 (Child's Name)

Atencion Especial Que Necisten/Alergias: _____
 (Special Needs/Allergies)

2. Child's Name/Apellido del Nino(a): _____
 (Child's Name)

Atencion Especial Que Necisten/Alergias: _____
 (Special Needs/Allergies)

Liberacion Medica (Medical Release): Por favor, ponga sus iniciales en línea debajo (*Please initial on line below*)
 Si no logramos localizer a uno de los padres o al tutor Legal, se otorga permiso para buscar atencion medica si es necesario: _____
 (If we are unable to reach a parent or legal guardian, permission is granted to seek medical attention if necessary)

Liberacion para Medios de Comunicacion (Media Release): Por favor, ponga sus iniciales en línea debajo (*Please initial below*)
 Yo doy permiso para usar fotos de mi hijo(a) hijos(as) en publicaciones parroquiales y/o Arquidiocesan. _____
 (I give permission to use my child/children's pictures in parish and/or Archdiocesan publications.)

Firma del Padre(a)/tutor legal: _____
 (Parent/Legal Guardian Signature)

Cuota de Libros y Materiales en La Escuela de Religion. (*Books and Materials Fee for School of Religion*)

Numero de Estudiantes (Number of students)	Cuota (Fee)
Uno nino (One child)	\$35.00
Dos Ninos (Two children)	\$60.00
Tres o Mas ninos (Three or more children)	\$75.00

Los honorarios de libros y materiales se deben pagar con el Formulario de registro. A ningún niño se le negará una educación en su fe. Si tiene problemas financieros con las tarifas, comuníquese con Victoria Reeves, DRE al 770-267-7637.

<i>Para Uso de la Oficina</i>	
For Office Use Only: Date Received _____	
Paid Cash: \$ _____	Paid Check: \$ _____
Check #: _____	Due: \$ _____