

Family information/Información de la familia:

Father's Name (*Nombre de Padre*): _____ Phone (*teléfono*): _____

Mother's Name (*Nombre de Madre*): _____ Phone (*teléfono*): _____

Primary Email Address (*Correo Electronico*): _____

Address (*Dirección*): _____

(Street) (Town) (State) (Zip Code)

1st Student Information Record/Información del Primer Estudiante :

Public School Grade **Fall 2019** - Grado de Escuela el en **Otoño 2019**: _____

Last Name/Apellido: _____

Name/Nombre: _____ M F

Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____

Has your child been baptized?/¿Ha sido su hijo/a bautizado/a? Yes/Sí No

(Please provide a copy of baptismal certificate/ Por favor proporcione una copia del certificado de bautismo)

First Holy Communion received?/¿Recibió su Primera Comunión?: Yes/Sí No

Did your child receive religious education in **2018/2019**?/¿Recibió su niño/a educación religiosa en **2018/2019**?:
 Yes/Si No Where?/Dónde?: _____

Special Medical Conditions/ Allergies and Special Learning Conditions (provide IEP):
Condición Médica/ Alergias y Educación Especial: (proporcionar IEP):

2nd Student Information Record/Información del Segundo Estudiante :

Public School Grade **Fall 2019** - Grado de Escuela el en **Otoño 2019**: _____

Last Name/Apellido: _____

Name/Nombre: _____ M F

Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____

(Please provide a copy of baptismal certificate/ Por favor proporcione una copia del certificado de bautismo)

Has your child been baptized?/¿Ha sido su hijo/a bautizado/a? Yes/Sí No

First Holy Communion received?/¿Recibió su Primera Comunión?: Yes/Sí No

Did your child receive religious education in **2018/2019**?/¿Recibió su niño/a educación religiosa en **2018/2019**?:
 Yes/Sí No Where?/Dónde?: _____

Special Medical Conditions/ Allergies and Special Learning Conditions (provide IEP):
Condición Médica/ Alergias y Educación Especial: (proporcionar IEP):

3rd Student Information Record/Información del Tercer Estudiante :

Public School Grade **Fall 2019** - Grado de Escuela el en **Otoño 2019**: _____

Last Name/Apellido: _____

Name/Nombre: _____ M F

Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____

(Please provide a copy of baptismal certificate/ Por favor proporcione una copia del certificado de bautismo)

Has your child been baptized?/¿Ha sido su hijo/a bautizado/a? Yes/Sí No

First Holy Communion received?/¿Recibió su Primera Comunión?: Yes/Sí No

Did your child receive religious education in **2018/2019**?/¿Recibió su niño/a educación religiosa en **2018/2019**?:
 Yes/Sí No Where?/Dónde?: _____

Special Medical Conditions/ Allergies and Special Learning Conditions (provide IEP):
Condición Médica/ Alergias y Educación Especial: (proporcionar IEP):

In Case of Emergency/En Caso de Emergencia: Person to contact if parent cannot be reached/*Si los padres o tutores no pueden ser localizados, comunicarse con la siguiente persona*

Name: _____ Phone: _____

Address: _____
 (Street) (Town) (State) (Zip Code)

Relationship to child/Parentesco: _____

*Doctor/Médico: _____ Phone: _____

Address: _____
 (Street) (Town) (State) (Zip Code)

Please register my family to receive important Remind.com text messages and/or emails from St. Ann's Religious Education/*Regístrese para recibir mensajes de texto y/o correos electrónicos importantes de Remind.com del catecismo Sta. Ana:* **Yes/Sí No**

In case of accident or illness, I request that the representative of the parish catechetical program contact me. If I am unable to be reached, I hereby authorize this representative to call the physician indicated and to follow the physician's instructions. If it is impossible to contact this physician, the representative of the parish catechetical program may make whatever arrangements seem necessary. I agree to assume the financial responsibility for any diagnosis, treatment and/or medication deemed necessary. To the best of my knowledge, all information given is accurate and complete. I hereby consent to, and authorize the necessary procedures that have been stated above. *En caso de accidente o enfermedad, solicito que un representante del programa religiosa de la parroquia se comunique conmigo. Si esto no fuera posible, por la presente autorizo a este representante para llamar al médico indicado y seguir sus instrucciones. Si no es posible comunicarse con el médico, el representante del programa religioso de la parroquia podrá hacer los arreglos necesarios. Estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad financiera de cualquier diagnóstico, tratamiento o medicación que se juzguen necesarios. Según mi conocimiento, toda la información proporcionada es correcta y complete. Por eso doy mi consentimiento y autorizo que se sigan los procedimientos arriba establecidos.*

Parent/Guardian Signature (*Firma del Padre/Tutor*): _____

Date (*Fecha*): _____

Full Payment due at registration/Pago completo con la inscripción

Registration is open April 1 and closes May 31/*La inscripciones de catecismo está abierta desde el 1 de abril y hasta el 31 de mayo*

TUITION (*MATRICULA*): \$175 for one child (*por un niño*) \$225 for 2 or more children (*por 2 o más niños*)

Additional fees (*Cuotas adicionales*): First Communion (*Primera Comunión*) \$60; Confirmation (*Confirmación*) \$125

Sorry...No Refunds/ No hay Reembolso

Late Fee of \$25 after Friday, May 31st/*Cargo por retraso de \$25 después del viernes 31 de mayo.*

We are committed to support your child's religious education in our program regardless of financial challenges. We are always happy to work out arrangements to meet the reality of your family. *Estamos comprometidos a apoyar la educación religiosa de su hijo en nuestro programa, independientemente de los retos financieros. Siempre estamos dispuestos hacer arreglos especiales para su familia para acomodar su propia realidad familiar.*

♥ I am including a donation to the Religious Education program towards payment of tuition for families who struggle to pay the fees; *Estoy incluyendo una donación para el programa de Educación Religiosa para el pago de la matrícula para las familias que luchan por pagar las cuotas:* \$ _____

FOR OFFICE USE ONLY/SOLAMENTE PARA USO DE LAS OFICINIA:

Amount: _____ Cash Check # _____ Date _____ Received by: _____

Amount: _____ Cash Check # _____ Date _____ Received by: _____

Amount: _____ Cash Check # _____ Date _____ Received by: _____

FHC Fee: Amount: _____ Cash Check # _____ Date _____ Received by: _____

Confirmation Fee: Amount: _____ _____ Cash Check # _____ Date _____ Received by: _____