



## Repaso de Ambiente Seguro

**Permiso para asistir al repaso del programa "Ambiente Seguro"**

(Mas información disponible en la Guía Familiar)

Nombre de Estudiante	Grado	Permiso	
_____	_____	Si	No
_____	_____	Si	No
_____	_____	Si	No
_____	_____	Si	No



*Gente del oriente y del poniente, del norte y del sur,  
vendrán a sentarse a la mesa en el Reino de Dios.*

*Lucas 13:29*

## Colegiatura

La colegiatura es de \$155.00 por familia, mas \$20.00 para el libro de cada niño/a.

Habrà un cobro adicional de \$25 si las familias existentes se registran después del 1° de junio.

### **Cuotas Adicionales por Actividad**

Reconciliación & Comunión \$50.00 ~ Confirmación \$65.00 (incluye toga/capa)

### **Horario de Pago:**

1/3 con Inscripción

1/3 debe pagarse antes del 15 de noviembre

El saldo restante se debe pagar antes del 15 de febrero

## Firma de Acuerdo/Permiso

Yo doy permiso de que mi hijo/a sea inscrito en el Programa de Formación de Fe de la Parroquia de San José.

\_\_\_ Acepto \_\_\_ **No doy** permiso a que mi hijo/a se le tome fotografías durante las actividades del programa de Formación de Fe.

\_\_\_ Acepto \_\_\_ **No doy** permiso para que el numero de teléfono de mi hijo/a sea proporcionado a su catequista.

Su firma indica que recibió y que leerá y dialogará con su familia sobre las pólizas y las guías escritas en la Guía Familiar, la cual incluye la "Guía para Padres - Comprendiendo y Previniendo el Abuso Sexual en los Niños/as".

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

## Nuevas Familias SOLAMENTE

Yo he recibido y leeré las Normas de Pastorales sobre el Abuso Sexual de Menores y Normas de Conducta para los que Trabajan con Menores.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

### **Office Use Only**

Previous Unpaid Balance	
Tuition	+
Activity Fees	+
Late Fee (\$25) After June 1st	+
Total	=
Amt. /Date Paid	
Cash	Check #

# AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO PARA 2009/2010



(Llene y Regrese ésta forma con su inscripción.)

Apellido de Familia: \_\_\_\_\_

Nombre de Estudiante	Grado	Nombre de Estudiante	Grado
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad & C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono del Hogar: \_\_\_\_\_ # de Emergencia: \_\_\_\_\_

Celular (Mamá): \_\_\_\_\_ Celular (Papá): \_\_\_\_\_

Yo otorgo el permiso a la administración de primeros auxilios para ayudar a mi hijo/hija nombrado en la parte de arriba a las personas encargadas del **Programa de Formación de Fe para Niños de la iglesia San José** y a aquellos que transportan a mi hijo/hija del y al programa como su juicio crea conveniente, y referirlo conforme sea necesario a médicos calificados para tratamiento de enfermedades o accidentes de mayor naturaleza. Yo entiendo que seré notificado/a tan pronto sea posible en caso de una enfermedad seria, accidente o cirugía, al menos cuando la demora en tal comunicación ponga en riesgo su vida.

Yo entiendo que cualquier esfuerzo será hecho para contactar a los padre/madre/custodio del participante. En caso que no me puedan localizar, yo por la presente doy permiso al medico seleccionado por el personal adulto de hospitalizar, asegurar tratamiento apropiado, ordenar inyección, anestesia o cirugía, si se cree necesario para mi hijo/hija.

Firma de Padre/Madre/Custodio: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Médico Autorizado \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

## Información sobre su Seguro Médico

# de la Póliza: \_\_\_\_\_ # de Identificación: \_\_\_\_\_

## Importante Información Medica (alergias, medicamentos etc.)

Nombre de Estudiante \_\_\_\_\_ Necesidades especiales/Alergias/ Enfermedades ADD/BD/etc. \_\_\_\_\_

Nombre de Estudiante \_\_\_\_\_ Necesidades especiales/Alergias/ Enfermedades ADD/BD/etc. \_\_\_\_\_

**Por favor avise inmediatamente a la Oficina de Formación de Fe para Niños si hay algún cambio con la información que aparece en la parte de arriba.**