



Iglesia Sagrado Corazon de Jesus

130 Keating Drive, Winchester, VA 22601 (540) 662-2651

Email: jcarty@sacredheartwinchester.org; reoffice@sacredheartwinchester.org

Religious Education Registration Form

2018– 2019

Queridos padres,

Nuestra inscripción para catecismo se reanuda el lunes 23 de julio de 2018 con un cambio en nuestro horario de clases. Debido a la alta demanda, nuestras sesiones de los domingos y lunes volverán, pero nuevamente con clases limitadas a no más de 25 estudiantes por clase. Esto es requerido por las normas de seguridad para todos nuestros estudiantes. El miércoles es nuestra nueva incorporación para reemplazar los sábados por la mañana. Devuelva su solicitud lo antes posible para reservar su sesión preferida. Se le notificará tan pronto como sea posible si se deberá seleccionar una hora alternativa.

Este año, las sesiones de clase ofrecidas son las siguientes:

- | | | |
|--------------|---------------|--------------------|
| 1. Domingo | 3:30PM—5:00PM | (Todos los grados) |
| 2. Lunes | 5:30PM—7:00PM | (Todos los grados) |
| 3. Miércoles | 5:30PM—7:00PM | (Todos los grados) |

Apellido familiar _____
 Nombre del papá _____
 Nombre de mamá _____
 Dirección: _____

 Email _____
 Telf. de casa _____
 Cell de mamá _____
 Cell de papá _____

Siempre necesitamos tu ayuda. Por favor, considere en oración lo que puede hacer para ayudar a que nuestro programa tenga éxito. Actualmente estamos buscando Maestros, Asistentes, Sustitutos para el aula, Controladores de tráfico y Monitores de pasillos. Cada rol es vital. Por favor contáctenos para más información.

Al iniciar a continuación, doy permiso para que se use la imagen de mi hijo solo en el sitio web de la Parroquia.

Inicial del Padre aquí

1° niño	_____	Grado	_____	Sesión	_____
Sacramentos YA recibidos	<input type="checkbox"/> Bautismo	<input type="checkbox"/> Confesión	<input type="checkbox"/> Comunión	<input type="checkbox"/> Confirmación	
2° niño	_____	Grado	_____	Sesión	_____
Sacramentos YA recibidos	<input type="checkbox"/> Bautismo	<input type="checkbox"/> Confesión	<input type="checkbox"/> Comunión	<input type="checkbox"/> Confirmación	
3° niño	_____	Grado	_____	Sesión	_____
Sacramentos YA recibidos	<input type="checkbox"/> Bautismo	<input type="checkbox"/> Confesión	<input type="checkbox"/> Comunión	<input type="checkbox"/> Confirmación	
4° niño	_____	Grado	_____	Sesión	_____
Sacramentos YA recibidos	<input type="checkbox"/> Bautismo	<input type="checkbox"/> Confesión	<input type="checkbox"/> Comunión	<input type="checkbox"/> Confirmación	

EL CERTIFICADO DE BAUTIZO DE CADA NINO DEBE SER TRAI DO A LA OFICINA DE EDUCACION RELIGIOSA DURANTE EL REGISTRO

PERIODO DE REGISTRO

(comienza 23th Julio, 2018
-termina el 24th Agosto, 2018)

- | | |
|---------------------|----------|
| 1 Estudiante | \$ 70.00 |
| 2 Estudiantes | \$140.00 |
| 3 o mas estudiantes | \$180.00 |

OPCIONES DE PAGO:

1. Pago complete:
Monto \$ _____ Efectivo/Check _____ Fecha _____
2. Cuotas (Completar antes Dic 14th) _____ (verificar con oficina)
- * 3. _____ Sí, he completado el formulario médico de emergencia para cada niño.

Cualquier dificultad, por favor póngase en contacto con la oficina de RE. Ningún niño será rechazado por falta de fondos.



Iglesia del Sagrado Corazón de Jesús
Permiso de Educación Religiosa para atención de emergencia
2018 - 2019

Nombre de estudiante _____
Grado y Sesión _____
Nombre Padre Guardian _____
Dirección _____

Numero de contacto de emergencia del Padre Guardian (____) _____
(____) _____

Si el Padre Guardian no puede ser ubicado,
Nombre de Contacto de Emergencia _____
Telf. De contacto de emergencia (____) _____

Condiciones medicas actuales/ alergias _____

Doctor de la familia _____
Telf # (____) _____

En caso de accidente o enfermedad grave, solicito que me contacten. Si no me pueden contactar, se puede llamar al contacto de emergencia mencionado para que recoja a mi hijo. Si ninguno de los dos puede ser ubicado, el personal de educación religiosa tiene mi permiso para llevar a mi hijo a la sala de emergencias del hospital más cercano y por la presente autorizo a su personal médico a proporcionar tratamiento cuando un médico lo considere necesario para el bienestar de mi hijo. Asumiré la responsabilidad del pago de los honorarios médicos.

Nombre del Padre _____
Firma del Padre _____
Fecha _____