



ST. FRANCIS OF ASSISI

CATHOLIC CHURCH

3717 Hwy 515 E • Blairsville, GA 30512-3288

Si asiste a San Francisco de Asís, pero no está registrado en la parroquia, por favor complete el Registro Parroquial. Puede obtenerlo en la oficina parroquial o en www.stfrancisblairsville.com

Nombre de la Familia: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Estas registrado en San Francisco d Asís Sí No

INFORMACIÓN DE PADRES/TUTORES:

Nombre del Padre: _____ Cell: _____

Correo electrónico: _____ Religión: _____

Nombre de la madre: _____ Cell: _____

Nombre de soltera de la madre: _____ Religión: _____

Correo electrónico: _____

Se requiere una copia del certificado de bautismo de cada niño a menos que haya sido bautizado en San Francisco de Asís

La asistencia semanal a misa es un requisito para toda preparación sacramental

INFORMACION DEL ESTUDINATE #1

Nombre del Niño: _____ **SACRAMENTOS** **FECHA /LUGAR**

Género: _____ Masculino _____ Femenino Bautismo: _____

Lugar: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____ Reconciliación: _____

Escuela: _____ Eucaristía: _____

Confirmación: _____

Necesidades especiales (discapacidades médicas, de aprendizaje, discapacidades físicas, etc.) _____

INFORMACION DEL ESTUDINATE #2

Nombre del Niño: _____ **SACRAMENTOS** **FECHA /LUGAR**

Género: _____ Masculino _____ Femenino Bautismo: _____

Lugar: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____ Reconciliación: _____

Escuela: _____ Eucaristía: _____

Confirmación: _____

Necesidades especiales (discapacidades médicas, de aprendizaje, discapacidades físicas, etc.) _____

INFORMACION DEL ESTUDIANTE #3

Nombre del Niño: _____	SACRAMENTOS	FECHA /LUGAR
Género: _____Masculino _____Femenino	Bautismo: _____	
	Lugar: _____	
Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____	Reconciliación: _____	
Escuela: _____	Eucaristía: _____	
	Confirmación: _____	
Necesidades especiales (discapacidades médicas, de aprendizaje, discapacidades físicas, etc.) _____		

INFORMACION DEL ESTUDIANTE #4

Nombre del Niño: _____	SACRAMENTOS	FECHA /LUGAR
Género: _____Masculino _____Femenino	Bautismo: _____	
	Lugar: _____	
Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____	Reconciliación: _____	
Escuela: _____	Eucaristía: _____	
	Confirmación: _____	
Necesidades especiales (discapacidades médicas, de aprendizaje, discapacidades físicas, etc.) _____		

Tratamiento médico de emergencia: En caso de emergencia, por la presente doy permiso para transportar a mi hijo a un hospital y procurar atención médica de emergencia. Deseo que el médico o el hospital me avise en caso de que se necesite algún otro tratamiento. Si no me pueden contactar, sírvanse contactar a:

Contacto de emergencia _____ No. de teléfono _____

Parentesco con el participante _____

Si no pueden contactar a los padres/tutor o al contacto en caso de emergencia, por la presente autorizo al médico o al hospital a hacer un juicio profesional en el tratamiento del participante.

Agencia de seguro médico/de hospitalización _____

Nombre del asegurado _____

Parentesco con el participante _____

Número de póliza _____ Número de grupo _____

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Al inscribir a nuestros hijos en la formación de fe parroquial y asistir a ella, estamos de acuerdo en:

- ___ asistir a misa semanalmente;
- ___ llevar a nuestro hijo a clase de 9:45 – 10:45 constantemente cada semana;
- ___ ayudar a nuestros hijos con asignaciones semanales y oraciones;
- ___ ayudar a nuestros hijos a aprender su fe en asociación con la parroquia

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____