

THE BASILICA OF SAINT MARY STAR OF THE SEA  
RELIGIOUS EDUCATION PROGRAM

1010 Windsor Lane  
Key West, Florida 33040

Por favor marque uno

Para correspondencia

Nuevo \_\_\_\_\_

Retorna \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_

Pueblo + Zip Code \_\_\_\_\_

El mejor e-mail y teléfono para contactarlo

E-mail \_\_\_\_\_

Cell phone \_\_\_\_\_



2019 - 2020

Formulario de  
Inscripción

<b>Para uso de la oficina</b>	
Fee	_____
Bapt. Cert.	_____
Comm. Cert	_____
Birth Cert.	_____

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Nombre del niño \_\_\_\_\_

Nombre

Apellido

Dirección \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Calle

Pueblo

Zip Code

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre de soltera de la madre \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Guardián Legal \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_

Nombre, dirección y teléfono de contacto en caso de emergencia que no sean los padres

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Escuela Pública a la que asiste \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Bautizado \_\_\_\_\_ Si, en Iglesia Católica \_\_\_\_\_ Si, en Iglesia no Católica \_\_\_\_\_ No

¿Celebró Primera Confesión? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

¿Recibió Primera Comunión? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Nota: Certificados de todos los Sacramentos recibidos deben ser presentados a la brevedad posible

Estuvo en un programa de educación religiosa antes \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Si lo hizo, ¿en cuál parroquia? \_\_\_\_\_

¿La familia está registrada en alguna parroquia Católica? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Si lo hizo, ¿en cuál parroquia? \_\_\_\_\_

Continúa al otro lado →

**Necesidades Especiales.** Por favor indique alergias, alguna condición médica, medicaciones, etc.

---

---

- Tome nota:
1. Toda la anterior información será tratada como confidencial.
  2. Se espera que su niño/a asista a Misa cada domingo.
  3. Asistencia es imperativa, traiga a su niño/a a clases cada miércoles.

**Directivas de la hora de salida** (escoja uno y firme)

\_\_\_ Mi/ Nuestro niño(s) tiene permiso para ir caminando a casa de la escuela y otras actividades.

\_\_\_ yo/Nosotros, \_\_\_\_\_, recogeremos a nuestro niño(s) después de la escuela y actividades.

\_\_\_\_\_ recogerá a mi/nuestro niño(s) después de clases y actividades.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Directivas Médicas y de Emergencia**

Personas que deben ser contactadas en caso de Emergencia

Nombre \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Doctor de Emergencia

Nombre \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

- Yo requiero que un representante del Programa de Educación Religiosa de la Parroquia me contacte en el número de arriba.
- Si no se me pudiera encontrar, por este medio autorizo a este representante que llame al doctor de arriba y siga sus instrucciones o llame a Servicio Médico de Emergencia (EMS).
- Si fuese imposible contactar este doctor, el representante del Programa de Educación Religiosa de la Parroquia puede tomar la acción que considere necesaria.

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

Hay alguna situación familiar (Ej. Enfermedad o muerte de algún pariente, divorcio, etc.) que usted considera que sea útil que sepamos?

---

---

Autorizo al programa de Parish Religiosa Educación que publiquen fotografías de mi(s) hijo/a (s) en su página de internet

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_