

FORMULARIO DE RE-INSCRIPCION

PROGRAMA DE FORMACION DE FE EN SAN BRENDAN

DIA DE RE-INSCRIPCION: _____

Nombre del Estudiante: _____ Edad del Estudiante: _____

Dirección: _____ Depto. _____ Estado: _____

C.P. _____

Contacto Primario: _____ Correo Electrónico: _____

Escuela donde va el estudiante: _____ Grado que entra en Sept. _____

Núm. de Celular del Padre _____ Núm. de Celular de la Madre _____

¿El Estudiante vive con los dos Padres? _____ Si su respuesta es NO. ¿Con cuál de los dos Padres vive el Estudiante? _____ ¿El Estudiante está en Clase de Educación Especial? _____ ¿El Estudiante puede irse a casa solo/a? _____

¿El Estudiante tiene hermanos/as inscritos en el Programa? _____ ¿ Quién?

_____.

CONTACTOS DE EMERGENCIA

POR FAVOR ENLISTE LOS NOMBRES Y TELEFONOS DE 3 PERSONAS QUE TIENEN SU PERMISO DE RECOGER AL ESTUDIANTE Y QUE PUEDEN SER CONTACTADOS EN CASO DE EMERGENCIA:

NOMBRE _____ Relación con el estudiante _____ Teléfono _____

NOMBRE _____ Relación con el estudiante _____ Teléfono _____

NOMBRE _____ Relación con el estudiante _____ Teléfono _____

Firma del Padre o tutor: _____.

Nombre de la Persona que tomo la Re-Inscripción. _____

MATRICULA Y DOCUMENTOS

Cantidad Pagada: _____ Fecha: _____ Balance: _____ Recibido por: _____

DOCUMENTOS RECIVIDOS: Acta de Nacimiento _____ Certificado de Bautismo _____

Certificado de Comunión: _____ Certificado de Confirmación _____

Saint Brendan Faith Formation Program

1525 East 12th Street

Brooklyn, New York 11230

Favor de regresar este formulario a San Brendan

PERMISO DE SACAR FOTO AL ESTUDIANTE

2020-2021

Nombre del menor _____ Grado _____

Yo, _____, doy consentimiento a que le tomen fotografías

Nombre del Padre o Tutor (letra de molde)

O le saquen videos a mi hijo/a como parte de su participación en el programa de Formación de Fe en San Brendan.

También por este medio libero al Programa de Formación de Fe de San Brendan, a la Parroquia de San Brendan, a la Diócesis de Brooklyn y Queens de cualquier queja, demanda y responsabilidad en absoluto en conexión con lo anterior.

_____ No me gustaría que mi hijo/a sea fotografiado/a o filmada por representantes del programa de Formación de Fe o fotógrafos designados. (Por favor firme abajo)

Firma del Padre o Tutor

Día

Dirección del Padre o Tutor