SAN PABLO CENTRO CATOLICO EDUCACION RELIGIOSA

POR FAVOR ANOTE EL PROGRAMA(s) AL QUE SUS HIJOS ASISTIRAN

2018-2019 Forma de Registro

Familias Creciendo en la Fe ____	**Domingo FFC_____**	**Preparación Sacramental____**
Mensual: COOP con los Padre de Familia Viernes 5:30 – 8:00. Padres de Familia deben participar en el liderazgo. **1st - 8th Grade**	Semanal: Domingo 9:30 a.m.- 10:25 a.m. **Kindergarten – 8vo Grado**	Semanal: Domingo 9:30 – 10:25 am **Todo Niño bautizado, por lo general 2do grado**

NOMBRE DEL NIÑO (S)	Fecha de Nacimiento	Grado Escolar	Por Favor Anote la Fecha y Lugar de los Sacramentos que ha recibido cada Niño			
			Bautismo	Comunión	Reconciliación	Confirmación
1						
2						
3						
4						
5						

Madre: _____ Dirección completa**:**_____

Teléfono: _____ Cel:_____ Parentesco:_____ Email:_____

Padre:_____ Dirección completa:_____

Teléfono: _____ Cel:_____ Email:_____

(Si las direcciones no son las mismas, indique en qué dirección reside el niño (s)): Madre: Padre:

Por favor describa cualquier dificultad de aprendizaje, problemas de conducta, alergias y / o condiciones médicas que pueda tener cualquiera de sus hijos mencionados anteriormente.

Tarifa: $ 45 por un niño, $ 15 por cada niño adicional

Fecha de pago: _____ Cheque #: _____ Efectivo: _____ Quiosco Fecha: _____ Sitio web: _____

Cuota de la tarifa = _____ (n. ° de niños x $ 45.00)

Total pagado _____

Recibo # _____