



# Holy Trinity Catholic Church

## Hoja de Inscripción Formación de Fe 2010-11

101 Walt Banks Road  
 Peachtree City, GA 30269  
 770-487-0175  
 FAX: 770-487-7317

Apellido Familiar \_\_\_\_\_ Tel. Casa \_\_\_\_\_ correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Idioma que se habla en la casa \_\_\_\_\_  
 Número Calle Ciudad/Estado/Código Postal

Estado Matrimonial:  Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  Separado

**Favor rellenar la parte de atrás del formulario)** →

Nombres de Padres/Custodios (Ponga todos los padres/custodios) Indique el parentesco con el (los) niño(s)	Responsable de la Formación de Fe	Padre	Madre	Padrastra	Madrastro	Custodio	Dirección (Si no es igual a la de arriba)	Tel. Casa	Religión	Ocupación	Tel. Empleo	Tel. Celular

<i>FLIGRESES NUEVOS:: Favor describa que nivel de Formación de Fe (catecismo) ha recibido el (los) niño(s). Favor incluya el nombre de la Parroquia o la Escuela. <b>**Importante**</b> Es necesario que nos entregue copia del acta de bautismo de su hijo. Asegúrese que dicha acta tenga la dirección de la parroquia donde fue bautizado.</i>						<b>Sacramentos recibidos</b> <i>Escriba HT si fueron recibidos en Holy Trinity</i>				<b>Clase Asignada</b> <b>(Uso de Oficina Solamente)</b>	
Nombre del Niño (incluya apellido si es diferente)	Fem. o Masc.	Fecha Nacimiento	Nombre de Escuela	Grado escolar en el otoño 2010	Bautismo Católico	Reconciliación	Primera Comunión	Confirmación	cate- quista	Salón	
<b>Escriba en Letra de Molde</b>											

### Itinerario de Formación de Fe

**Formación de Fe en español: domingo, 12pm – 1:30pm**

**Nivel elemental: Kinder a Sexto Grado**

**Nivel intermedio: Séptimo y Octavo Grado**

**Escuela Secundaria / “High School”: “Life Groups”**

## Holy Trinity Catholic Church

### Información en caso de Emergencia para Niño/Joven 2010-2011

**Contactos de Emergencia:** Por favor indique dos parientes o vecinos quien puedan hacerse cargo temporal de su niño/joven en caso que no podamos comunicarnos con usted.

1. Nombre \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ 2. Nombre \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
 tel. celular \_\_\_\_\_ tel. celular \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_

Nombre	Dirección	Teléfono
Nombre de Compañía del Seguro _____		

Teléfono	Número de Poliza
Nombre de Compañía del Seguro _____	

Doy mi permiso para que se le administre medicamento sin receta (Tylenol por ejemplo) si necesario: (Escoja uno)  Si  No

**\*En el caso que no se pueda comunicar conmigo, doy mi permiso para que mi hijo sea transportado al hospital o facilidad médica más cercana y autorizo el tratamiento de urgencia. Yo asumiré toda responsabilidad por los gastos incurridos.**

Firma del Padre o Custodio legal	Fecha
----------------------------------	-------

*Salud: Indique si tiene algún problema médico – alergias, medicamentos, limitaciones físicas, problemas de aprendizaje (ADD, ADHD), etc. **por cada niño.***

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **OPORTUNIDADES DE VOLUNTARIADO**

El éxito de nuestro programa depende de usted. Por favor comparta su tiempo y talento difundiendo la "Buena Nueva." Escoja uno.

Catequista: \_\_\_\_\_ Asistente: \_\_\_\_\_ Suplente: \_\_\_\_\_ Ayuda en la Oficina: \_\_\_\_\_ Traer meriendas: \_\_\_\_\_

Cortar Felpa \_\_\_\_\_ Hacer oración por el programa \_\_\_\_\_

**Cuota de Inscripción: 1 Estudiante - \$75.00**

**2 o Más Estudiantes - \$150** (\$25 para catequistas con niños en el programa)

<b>USO DE OFICINA SOLAMENTE:</b> Cantidad a pagar: _____ Cantidad pagada: _____ Balance: _____	<b>FECHA:</b> _____ Número de cheque #: _____ Cantidad en Efectivo: _____
---	--