Inscripción del 2025-2026 para la Formación de la fe en la Iglesia Católica Saint Boniface

1952 GA Highway 21 South Springfield, GA 31329 (912) 754-7473, ext. 24
www.sbcatholic.com/faith-formation DRE@sbcatholic.com

Por favor llene un formulario de inscripción por estudiante. Se ofrece un costo de inscripción de $25 por estudiante hasta el 15 de agosto del 2025. Después del 15 de agosto del 2025, el costo será $50 por estudiante. Se puede registrar y pagar online al: www.sbcatholic.com/faith-formation.

Información del/la Estudiante
Apellidos:_____ Primer Nombre: _____

Dirección Completa Incluyendo Ciudad/Estado y Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____Grado Académico_____

Información de los padres/del Guardián
Apellidos de la madre:_____Primer nombre de la madre: _____

Dirección Completa Incluyendo Ciudad/Estado y Código Postal: _____

Teléfono de la madre:_____

Correo electrónico de la madre:_____

Apellidos del padre: _____ Primer nombre del padre: _____

Dirección Completa Incluyendo Ciudad/Estado y Código Postal: _____

Teléfono del padre:
_____

Correo electrónico del padre:
_____

Información Sacramental del estudiante:
Por favor tome em cuenta que los estudiantes tienen que haber completado dos años de clases de la Formación de la fe antes de recibir la Primera Reconciliación/Primera Comunión o Confirmación. *Si su hijo/a recibió el Sacramento del Bautizo en otra Iglesia, for favor entregue una copia del certificado a la directora de educación religiosa.*

Bautizo: ▫ Sí ▫ No Fecha:
_____

Nombre de la iglesia/lugar:
_____

Primera Reconciliación: ▫ Sí ▫ No Fecha:
_____

Nombre de la iglesia/lugar:
_____

Primera Comunión: ▫ Sí ▫ No Fecha:
_____

Nombre de la iglesia/lugar:
_____

Confirmación: ▫ Sí ▫ No Fecha:
_____

Nombre de la iglesia/lugar:
_____

Su hijo/a tiene alguna alergia/necesidad especial ▫ Sí ▫ No

Por favor explique: _____

Tratamiento médico de emergencia

En caso de emergencia, yo autorizo a que transporte a mi hijo/a a un hospital por tratamiento médico o cirugía de emergencia.

Médico familiar: _____ Teléfono: _____

Seguro Médico de la familia_____

Número de la Póliza:_____

Información del contacto de emergencia:

En caso de emergencia y si no se puede comunicar con los padres, por favor contacte a:

Nombre:_____
Teléfono:_____

Parentesco/Relación al estudiante:_____

En caso de emergencia y si no se puede comunicar con los padres, por favor contacte a:

Nombre:_____Teléfono:_____

Parentesco/Relación al estudiante :_____

Nombre del padre/de la madre/del guardián (escrito):_____

Firma del padre/de la madre/del guardián: _____

Fecha: _____