

PARROQUIA SANTA LUCIA
INSCRIPCION PARA EL PROGRAMA DE FORMACION DE FE
 2350 Winchester Blvd. Campbell CA 95008



Término 2023-2024

Información Familiar

Apellido de la Familia _____	Fecha: _____
Nombre del Padre: _____	email padre _____
Nombre de la Madre: _____	email madre _____
Apellido de Soltera: _____	Contacto de Emergencia _____
Teléfono Principal: _____	Telefono de Emergencia _____
Dirección: _____	Religión del Padre _____
Ciudad _____ CP _____	Religión de la Madre _____
Tel. celular del Padre: _____	Idioma principal de padres _____
Tel. celular de la Madre: _____	El niño entiende, habla, lee y escribe en Español? _____

Información de Estudiante # 1

Nombre del Niño: _____	
Género: Masc <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	Sacramentos Celebrados
Lugar de Nacimiento: _____	Fecha y lugar
Fecha de Nacimiento: _____	<input type="checkbox"/> Bautismo _____
Grado Escolar 2023/24 _____	<input type="checkbox"/> Reconciliación _____
Año de Catecismo: 1ro <input type="checkbox"/> 2do <input type="checkbox"/> Siguiete <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Eucaristía _____
Clase Domingo 11:30-12:45 <input type="checkbox"/> Martes 4:00-5:15 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Confirmación _____

Necesidades Especiales (Alergias, médicas, alimentos, aprendizaje, fisicas, etc.)

Entregados:

NOTA: Si su niño ya fue bautizado requerimos copia del Certificado de Bautismo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Si su niño no ha sido bautizado requerimos copia del Certificado de nacimiento	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

CONTINUA AL REVERSO ---->

CUOTA ANUAL DEL PROGRAMA DE FORMACION DE FE: Costo Máximo por Familia es de \$325.00	
1 Niño \$175.00	<i>Hacer su pago al momento de la inscripción. No se rechazará a nadie por falta de pago al momento de la inscripción, sin embargo el pago debe estar cubierto antes de que termine el programa. Solícite información sobre becas si es necesario</i>
2 Niños \$250.00	
3 Niños + \$325.00	

Para uso de la oficina

Pago TOTAL \$ _____	Firma _____
Cuota PAGADA \$ _____	Saldo Pendiente \$ _____
	Firma _____

FAVOR DE NOTIFICAR CUALQUIER CAMBIO DE INFORMACION DE INMEDIATO A: alma.gamez@dsj.org
 Teléfono (408) 378-2464 ext 104

