

Para uso en oficina

Apellido: _____

Año escolar: _____

Tarifa: _____ controlar #: _____

APOSTOLADO PARA SORDOS, ARQUIDIÓCESIS DE FILADELFIA
Formulario de inscripción para el programa de educación religiosa

Por favor, indique su preferencia sobre cuándo su hijo/a recibirá educación religiosa:

☐
☐

- Domingos - antes de las misas en lengua de señas americana o con intérprete
- Por favor, póngase en contacto con el Apostolado para Sordos para hablar sobre otras opciones para mi hijo/a.

Complete el formulario. Escriba con letra clara. * Para las inscripciones por primera vez, por favor traiga el certificado de bautismo original y una copia de cada niño.**

Nombre completo del niño (nombre, segundo nombre y apellido)	Sexo H/M	Fecha de nacimiento	Nivel de grado	Nombre de la escuela diurna	Bautismo Fecha y parroquia	Fecha de la primera penitencia	Fecha de la Primera Comunión

Apellido: _____ Número de teléfono residencial: _____

Dirección: _____ Calle _____ Ciudad _____ Código postal _____ Correo electrónico: _____
Por favor escriba claramente

Nombre del padre: _____ Trabajo o teléfono celular #: _____ Religión _____

Nombre de la madre: _____ Trabajo o teléfono celular #: _____ Religión _____

Parroquia/Iglesia de origen: _____ Ciudad/Pueblo: _____

CUSTODIA: ¿Existe algún problema legal o de custodia? ☐ Si ☐ No (En caso afirmativo, por favor, adjunte una copia completa de la última orden judicial).

*Nombre de la persona responsable de la educación religiosa si no es padre/madre o tutor legal _____ Relación _____

*El padre/tutor debe proporcionar una carta de autorización firmada y fechada al DRE, la cual se mantendrá archivada y se actualizará anualmente.

☐ Doy mi consentimiento para que la fotografía de mi hijo/a aparezca en la página web del Apostolado de Sordos, en los tableros de anuncios y en artículos de prensa relacionados con las actividades del Apostolado de Sordos.

Firma: _____ Fecha: _____ Relación con el/los hijo/s _____

APOSTOLADO PARA SORDOS, ARQUIDIÓCESIS DE FILADELFIA
Formulario de inscripción para el programa de educación religiosa

Apellido:

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

Si no podemos contactar con usted, ¿con quién debemos ponernos en contacto?

Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono (casa) _____
(celular) _____

CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Doy mi autorización para que, en mi ausencia, mis hijos cuyos nombres aparecen en la página 1 de este formulario de inscripción reciban atención médica de emergencia por lesiones y cualquier otra situación que pudiera ocurrir mientras participan en los programas y actividades del Programa de Educación Religiosa en la Parroquia (NOMBRE DE LA PARROQUIA).

Firma del padre/madre o tutor legal: _____ Fecha: _____

DATOS MÉDICOS/DE APRENDIZAJE

Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su hijo/a, por favor indique su nombre y proporcione los detalles en los espacios correspondientes.

Nombre del niño	Afecciones médicas/Alergias	Medicamentos recetados	Discapacidad* / Servicios de apoyo al aprendizaje	Programa de Educación Individualizado PEI
				☐ SI ☐ NO
				☐ SI ☐ NO

¿Existe alguna otra información sobre su hijo que deba comunicarse?

*Según lo define la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA), el término "niño con discapacidad" significa un niño: "con discapacidad intelectual, deficiencias auditivas (incluida la sordera), deficiencias del habla o del lenguaje, deficiencias visuales (incluida la ceguera), trastornos emocionales, deficiencias ortopédicas, autismo, lesión cerebral traumática, otras deficiencias de salud o discapacidades específicas de aprendizaje; y que, por razón de ello, necesita educación especial y servicios relacionados.

La cuota para un niño es de \$50.00 y de \$75.00 para dos o más niños de la misma familia. Si esta cuota representa un problema, por favor llame y solicite una consideración especial. Envíe el formulario completo y la cuota de inscripción a: Deaf Apostolate, 1601 Cherry St. Suite 1100, Philadelphia PA 19102-1320.

Teléfono: 215-587-3913 / Videoteléfono: 267-507-1215 / deafcatholic@archphila.org