

**IGLESIA CATÓLICA DE SANTA RITA**  
**REGISTRO DE EDUCACIÓN RELIGIOSA 2024-2025**  
**1er-12vo Grado**

---

**LUNES (1-5)/MIERCOLES(6-8), 6-7PM**

**Cuota de educación religiosa:**      \$80 un estudiante      \$100 dos o más estudiantes

\* Hay asistencia de matrícula disponible. Comuníquese con la oficina parroquial al (703) 836-1640.  
A nadie se le niega la inscripción por no poder pagar.

---

**INFORMACIÓN FAMILIAR**

Apellido de la familia: \_\_\_\_\_

Dirección postal (incluya el número de apartamento, si corresponde):  
\_\_\_\_\_

Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Niño/a reside con:

Ambos padres    Madre    Padre    Otro (especificar nombre y relación): \_\_\_\_\_

Registrado en la Iglesia de Santa Rita:    Si    No   Idioma hablado en casa: \_\_\_\_\_

¿Los miembros de esta familia estaban inscritos anteriormente en el Programa de ER de St. Rita?    Si    No

---

**INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR**

¿Quién es el contacto principal?      Padre/tutor #1      Padre/tutor #2      Ambos padres/tutores

**Padre/Tutor #1**

Padre/Tutor #1 Nombre (nombre y apellido): \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Estado civil:    Matrimonio católico    Matrimonio civil    Soltero    Apartado    Divorciado    Viudo

¿Vive el padre/tutor #1 en la dirección postal de la familia?    Si    No

Teléfono celular/trabajo: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Me gustaría ser voluntario, contácteme:    Si    No

**Padre/Tutor #2**

Padre/Tutor #2 Nombre (nombre y apellido): \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Estado civil:    Matrimonio católico    Matrimonio civil    Soltero    Apartado    Divorciado    Viudo

¿Vive el padre/tutor #2 en la dirección postal de la familia?    Si    No

Teléfono celular/trabajo: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Me gustaría ser voluntario, contácteme:    Si    No

---

## INFORMACIÓN DE EMERGENCIA Y LIBERACIÓN

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

¿Quién puede recoger a su(s) hijo/a(s)? \_\_\_\_\_

¿Quién nunca puede recoger a su(s) hijo/a(s)? \_\_\_\_\_

Si surge la necesidad, doy permiso para que mi (s) hijo (s) reciban atención médica de emergencia mientras participan en los Programas Parroquiales de Educación Religiosa y Ministerio Juvenil.  Si  No

## PUBLICACIÓN DE FOTOS, PRENSA, AUDIO Y MEDIOS ELECTRÓNICOS

Autorizo a la Diócesis Católica de Arlington, sus parroquias y/o escuelas a usar y publicar las fotografías y/o películas o videos para los cuales posaron mis hijos, y/o cualquier grabación de voz. Estoy de acuerdo en que la Diócesis Católica de Arlington, sus parroquias y/o escuelas pueden usar dichas fotografías de mi(s) hijo(s) con o sin su nombre y para cualquier propósito legal, incluyendo, por ejemplo, publicidad, ilustraciones, boletines, noticias. y contenido web.

Si (con o sin nombre)  Si (solo sin nombre)  No  Otro \_\_\_\_\_

## AMBIENTE SEGURO/FORMACIÓN EN LA CASTIDAD

La parroquia ofrece entrenamiento en castidad/ambiente de seguridad cada año de acuerdo con la Diócesis Católica de Arlington.

OPTO NO por m(s) hijo/a(s) (ellos NO pueden participar).  Mis hijos participarán

## CÓDIGO DE CONDUCTA

Estoy de acuerdo en que mi(s) hijo/a(s) y yo cumpliremos con las reglas y expectativas descritas a continuación. Los revisé y discutí las reglas y consecuencias con mi hijo antes de firmar este formulario. Estoy de acuerdo en que si mi hijo opta por ignorar el Código de Conducta, se le puede restringir la asistencia en el futuro sin posibilidad de reembolso.

- Llegaré a clase a tiempo y listo para aprender.
- No evitaré que otros aprendan
- Daré respeto y esperaré respeto
- Seré amable en palabra y acción.
- Si otros no siguen estas reglas, pediré ayuda a mi maestro.
- Asistiré a misa todos los sábados/domingos y los días santos de obligación con mi familia.

## INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante (nombre y apellido): \_\_\_\_\_

Género:  Masculino  Femenino Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Este estudiante ha sido bautizado? (en caso afirmativo, proporcione una copia del registro de bautismo a la oficina de ER)  Si  No

Fecha de bautismo: \_\_\_\_\_ Iglesia del Bautismo (nombre y ciudad/estado): \_\_\_\_\_

¿Este estudiante ha hecho su primera penitencia?  Si  No Año de la 1ra Penitencia: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido este estudiante la Primera Comuni3n?  Si  No Año de la 1ra Com.: \_\_\_\_\_

¿Este/a ni3o/a ha recibido confirmaci3n?  Si  No Año de confirmacion: \_\_\_\_\_

Grado en oto3o de 2024: \_\_\_\_\_ Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_

La mayor3a de las clases de RE se imparten en ingl3s. ¿Preferir3a que su hijo asistiera a clases en espa3ol?  Si  No

Indique cualquier necesidad m3dica o de aprendizaje especial para este estudiante: \_\_\_\_\_

Enumere las alergias de este estudiante: \_\_\_\_\_

Incluya notas especiales para el profesor: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor

Fecha