

Date Received in Office: _____



Oficina de Educación Religiosa de San José
335 Center Street
Bristol, CT 06010
860-582-2888
religiouseducation@stjosephbristol.org



"Dejad que los niños vengan a mí y no se los impidan, porque de ellos es el reino de Dios."
-Marcos 10:13-14

Bienvenido al Programa de Educación religiosa 2026-2027

(La asistencia semanal a la Misa es especialmente sugerida.)

Para los horarios de la Misa, visite nuestro sitio de internet: <https://stjosephbristol.org>

Por favor escoja una sesión para su hijo(a):

Miércoles _____ **Domingo** _____

Nombre: _____ **Segunda Inicial:** _____ **Apellido:** _____

Por favor escriba el nombre de pila para los archivos sacramentales. Si su hijo prefiere ser llamado por un sobrenombre, por favor listelo aquí: _____ **Hombre:** _____ **Mujer:** _____ **Grado escolar:** _____

Información de contacto:

Note que usaremos esta información para avisos importantes sobre el programa. Es muy importante que provea una información actualizada de su correo electrónico y su teléfono. Si hay un cambio en la información, por favor notifiquenos inmediatamente. Le pedimos que por favor responda las llamadas del número 860-582-2888, porque éstas son de la Oficina de Educación Religiosa y contienen información importante.

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Zip:** _____

Teléfono primario: _____ **Teléfono adicional** _____

Corréo electrónico: _____

(Por favor revise sus correos regularmente para no perder información importante.)

Información de la Familia: (Por favor use los nombres legales, para los registros sacramentales)

Nombre de la madre: _____ **Celular:** _____

Apellido de soltera de la madre: _____

Nombre del padre: _____ **Celular:** _____

El Niño vive con ambos padres _____ **Uno de los padres: Padre** _____ **Madre** _____

Información Sacramental

(Note por favor: Usted debe traer una copia del certificado de bautismo de su hijo(a). Si su hijo(a) necesita ser bautizado, por favor comuníquese con la directora, Grace Lutfy, por teléfono o correo electrónico)

Fecha y lugar de nacimiento: _____

Fecha y lugar de Bautismo: _____

Fecha y lugar de la Primera Reconciliación: _____

Fecha y lugar de la Primera Comunión: _____

Contactos de Emergencia

Por favor provéa contactos en caso de que los padres no contesten en alguna emergencia.

Nombre _____ Celular: _____ Relación: _____

Nombre _____ Celular: _____ Relación: _____

Información adicional:

Por favor liste información sobre alergias y comportamientos que desee compartir.
(Esta información es estrictamente confidencial y solo se compartirá con la profesora para asegurar la salud del niño(a) y suplir sus necesidades de la mejor manera)

Consentimiento para fotos ____ Consentimiento para usar fotos/videos tomados de su hijo en clase con fines publicitarios, promocionales o educativos ____ Permiso para atención médica _____

Para uso de la oficina solamente:

Camino ____ Roster ____ DialMyCall ____ Email ____ Faith Formation Level _____ Special Sacramental ____