

Recibido en la Oficina: _____



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

(Se sugiere muy especialmente la asistencia semanal a la Misa.)

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

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

Domingo, 8:30-9:45 _____ **Miércoles, 5:30-6:45** _____

Precio: \$50 para el primer hijo, \$45 para el segundo, \$40 para el tercero y el cuarto hijo es gratis.

Por favor, deje su pago en efectivo o cheque etiquetado como "Educación Religiosa 2026-2027" en la canasta de colectas, en la Oficina Parroquial o en la Oficina de Educación Religiosa.

Por favor escriba el nombre de pila para los archivos sacramentales.

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

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 notifíquenos 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** _____

Correo 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/La hijo/a vive con ambos padres _____ **Uno de los padres: Padre** _____ **Madre** _____

Información Sacramental

(Tenga en cuenta: 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, la Srta. 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, proporcione contactos en caso de que los padres no contesten en alguna emergencia.

Nombre _____ Celular: _____ Relación: _____

Nombre _____ Celular: _____ Relación: _____

Información adicional

Por favor, enumera alergias y cualquier información médica/conductual que debamos conocer. (Esta información es estrictamente confidencial y solo la compartiremos con la profesora de tu hijo/a para garantizar que la seguridad y necesidades de tu hijo/a se cubran de la mejor manera posible.)

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

¿Hay otra información que debamos conocer? _____

Para uso de la oficina solamente:

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