

**Iglesia Católica de Sta. Julia, Siler City, NC**  
**Formulario de Inscripción de Formación de Fe 2025-2026**  
**Programa de Segundo Año, Comunión/Reconciliación, Martes 6:00-7:30 PM**

Estudiantes de Primera Comunión **deben** entregar el **Certificado Original de Bautismo** con la inscripción y \$80.  
El programa de Primera Comunión es de dos años. El segundo año es desde los 8 a los 12 años (tercer a séptimo grado)

\*\*\*\*\*

Nombre del Niño(a) : \_\_\_\_\_

Nombre

Apellido

Sexo: \_\_\_\_ (M/F) Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_ ( MM/DD/AAAA) Grado escolar: (01 de Sep. 2025): \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Zip

Correo electrónico del Estudiante: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del Padre de familia: \_\_\_\_\_

¿Hay problemas de custodia/legales? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No (Si responde "Sí", proporcione una copia de la orden de la corte.)

Nombre de la persona responsable si no son los padres: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Doy permiso para que la foto de mi niño(a) aparezca en el sitio web de la parroquia, tableros de anuncios, artículos de prensa en relación con los acontecimientos que suceden en la parroquia: \_\_\_\_\_ (Sí/No)

Condiciones Médicas del niño(a) /Alergias: \_\_\_\_\_ Medicamentos: \_\_\_\_\_

Discapacidad/Servicio de Apoyo al Aprendizaje: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Información de contacto de Emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Consentimiento para Cuidado Médico:** Yo doy permiso de que, en mi ausencia, mi hijo(a), cuyo nombre aparece en este formulario de inscripción, pueda recibir atención médica de emergencia por lesiones y todas las situaciones médicas que puedan ocurrir durante su participación en el Programa de Formación de Fe y actividades en la Parroquia de Sta. Julia.

Firma: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA) Relación al Estudiante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Original Baptism Certificate Received

\_\_\_\_\_ Completed First Year Communion/Reconciliation Program at \_\_\_\_\_ Parish

Office Use Only: Date received \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_

Amount Paid: \$80 Receipt #: \_\_\_\_\_