



St. John the Baptist Catholic Church
960 Caymus St, Napa, CA 94559 -707-226-9379

Hoja de Inscripción para las Clases de Confirmación

INFORMACION DEL ALUMNO

Nombre del alumno \_\_\_\_\_
Nombre Segundo Nombre o Inicial Apellido

Género/Sexo (Marque uno) ( ) Masculino ( ) Femenino

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Domicilio de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono móvil ( ) \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado del alumno en el otoño \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del alumno: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

INFORMACION DE LOS PADRES/ GUARDIANES

Nombre de la Madre/guardián: \_\_\_\_\_
Nombre Segundo Nombre o Inicial Apellido

Nombre del Padre/guardián: \_\_\_\_\_
Nombre Segundo Nombre o Inicial Apellido

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono ( ) \_\_\_\_\_ Numero de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

# Del sobre de la parroquia \_\_\_\_\_
(SE UTILIZA PARA VERIFICAR SU REGISTRO COMO FELIGRES DE ESTA PARROQUIA)

SOLAMENTE PARA USO OFICIAL

Table with 2 rows and 5 columns: 1st YR CONF AMNT DUE \$ 70.00, AMNT PAID, CASH, CHECK #, DATE; 2nd YR CONF AMNT DUE \$130.00, AMNT PAID, CASH, CHECK #, DATE

## Declaration de Consentimiento Médico

(Debe ser firmado por padre/guardián)

Yo, \_\_\_\_\_, padre/guardián del menor de edad, \_\_\_\_\_, sedo mi autorización por este medio a los trabajadores/adultos del Programa de Educación Religiosa de la iglesia de St. Johns the Baptist Catholic Church, durante el año escolar 2010/2011. Doy mi consentimiento para cualquier tratamiento medico o cuidado de hospital, que se rinda bajo supervisión de cualquier medico o cirujano autorizado(a) bajo provisiones del acto de la practica medica en el personal medico de un hospital autorizado. Además, como padre o guardián del menor de edad nombrado arriba, expreso consiento por este medio que mi hijo/hija puede recibir el tratamiento médico del cualquier médico, del hospital, o del otro centro médico sin la necesidad primero de notificarme, y acuerdo dejar libre de culpa a cualquier médico, el hospital o cualquier otro centro médico que lleve a cabo tales servicios. También garantizo el pago de cualquier carga contraída durante este tratamiento médico.

En vista de el estudiante antedicho, presento la información siguiente: ALERGIAS a cualquier alimento, medicamentos, etc. (o explique de que tipo): \_\_\_\_\_

Firma del padre/guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico Familiar: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Hospital de seguro familiar: Queen Kaiser \_\_\_\_\_

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**En Caso de Emergencia, llamar a ( nombre): Parentesco con el alumno: ( )parientes ( )amigo de familia**  
Personas deben ser fácilmente accesibles por teléfono.

<b>Nombre de contacto de emergencia:</b>	<b>Numero de Teléfono</b>	<b>Numero de Teléfono móvil:</b>
<b>Nombre de contacto de emergencia:</b>	<b>Numero de Teléfono</b>	<b>Numero de Teléfono móvil:</b>