

Our Lady of Angels Catholic Church
Religious Education Registration 2018-2019

Your Family must be registered parishioners of Our Lady of Angels in order to attend Religious Education classes.

Parish ID # _____

Name of Family Name Registered in the Parish: _____

Father's Name: _____ Religion: _____
 First Name Middle Name Last Names

Mother's Name: _____ Religion: _____
 First Name Middle Name Maiden Name

Address: _____

Number & Street City State Zip Code

Email Address: _____ **Children reside with** Both Mother Father Other _____

Father Home Phone: _____ Father Cell-Phone: _____ Father Work Phone: _____

Mother Home Phone: _____ Mother Cell-Phone: _____ Mother Work Phone: _____

Emergency Contact Name and Phone # (other than parent) _____

Alternate person to pick up student(s) from R.E. class (Name & Phone #) _____

Were your children registered in a Religious Education Program last year? Yes No If yes, where _____

Sunday English or Spanish

Sunday English or Spanish

Tuesday English or Spanish

Monday 2018 CONFIRMATION

3:30pm - 5:00pm

6:30pm - 8:00pm

5:00pm - 6:30pm

6:00pm - 7:00pm

Elementary 1st to 6th grades

Middle School And High School

Elementary through High School

3rd Year Confirmation

Exceptions or notes ():** _____

Tuition Due \$ _____	Discount \$ _____
Administrative Fee \$ _____	Retreat \$ _____
Total Amt. Due \$ _____	Amt. Paid \$ _____
Balance \$ _____	
Ck. # _____	Amnt \$ _____ Cash \$ _____
Credit or Debit Card Amnt \$ _____	
Receipt # _____	
FOR OFFICE USE, ONLY:	

Child(ren) Class:	Tuition:
1 _____	1. _____
2 _____	2. _____
3 _____	3. _____
4 _____	4. _____
FOR OFFICE USE, ONLY:	

Student's Full Name	M	F	Grade in School Sept. 2018	Date of Birth	Place of Birth (City, State/Country)	Catholic Baptism Yes/No	1 st Penance Yes/No	1 st Communion Yes/No	Confirmation Yes/No	Other Christian Baptism? Yes/No	Special Needs? (Medical, Learning Disabilities, Physical Disabilities) (**)
1.											
2.											
3.											

I authorize the Arlington Diocese and Our Lady of Angels Catholic Church to use my child's picture or video for educational and/or marketing purpose. YES NO
 Should the need arise; I give permission for my child/children to receive emergency medical care while participating in Our Lady of Angels Church Religious Education program. (Please Sign Below)

 Parent/Guardian Signature

 Date

IGLESIA CATÓLICA NUESTRA SEÑORA DE LOS ÁNGELES

HOJA DE INSCRIPCIÓN PARA CATEQUESIS 2018-2019

Su familia debe estar registrada como feligrés de Nuestra Señora de los Ángeles para poder asistir a las clases de catequesis.

ID de la Parroquia _____

Nombre de la familia registrada en la Parroquia: _____

Nombre Del Padre: _____ Religión: _____
 Primer Nombre Segundo Nombre Apellido (s)

Nombre De La Madre: _____ Religión: _____
 Primer Nombre Segundo Nombre Apellido(s) de Soltera

Dirección: _____
 Número y Calle Ciudad Estado Código Postal

Correo Electrónico: _____ **Sus hijos residen con** Ambos Madre Padre Otro _____

Tel. de la Casa del Padre: _____ Celular del Padre: _____ Tel. del trabajo del Padre: _____

Tel. de la Casa de la Madre: _____ Celular de la Madre: _____ Tel. del trabajo de la Madre: _____

Contacto de Emergencia (diferente de los Padres) - Nombre y Teléfono _____

Otra persona autorizada para recoger al(los) estudiante(s) Nombre y Teléfono _____

¿Estuvieron registrados sus hijos en el programa de catequesis el año pasado? SI NO Si contesto si, donde _____

Domingo Español o Inglés

3:30pm - 5:00pm

Primaria 1er a 6to grados

Domingo Español o Inglés

6:30pm - 8:00pm

"Middle School" y Secundaria

Martes Español o Inglés

5:00pm - 6:30pm

Primaria hasta Secundaria

Lunes 2018 CONFIRMACION

6:00pm - 7:00pm

3er año de Confirmación

Excepciones o notas: ()** _____

Matrícula \$ _____ Descuento \$ _____
 Costo Administrativa: \$ _____ Retiro \$ _____
 Total \$ _____ Pagado \$ _____
 Balance: _____
 Ck. # _____ Monto CK. \$ _____ Efectivo \$ _____
 Tarjeta de crédito o debito \$ _____
 Recibo # _____
PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

Niño(s) Clase:
 1 _____
 2 _____
 3 _____
 4 _____
Matrícula:
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

Nombre Completo del Estudiante	M	F	Grado en la Escuela Sept. 2018	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado/País)	Bautismo Católico Si/No	1 ^{ra} Confesión Si/No	1 ^{ra} Comunión Si/No	Confirmación Si/No	¿Otro Bautizo Cristiano? Si/No	¿Necesidades Especiales? (¿Medicas, de aprendizaje o físicas?)(**)
1.											
2.											
3.											

Autorizo a la Diócesis de Arlington y a Nuestra Señora de los Ángeles de utilizar la foto o video de mi hijo para fines educacionales/comerciales. SI NO Si fuera necesario, Doy permiso que mi hijo/hijos reciban atención médica de emergencia mientras participan en los programas de catequesis de la Iglesia Nuestra Señora de los Ángeles. (Favor firmar abajo)

Firma del Padre o Persona Responsable

Fecha