



# Oficina de Educación Religiosa de Nuestra Señora de la Merced

322 S. Vermont Ave. \* Mercedes, Texas 78570

(956) 514-5138 (Oficina de CCE) \* (956) 565-1640 (Fax) \* (956) 565-1141 (Oficina Parroquial)

Correo Electrónico: [pcl-olmmercedes@cdob.org](mailto:pcl-olmmercedes@cdob.org) o [olm@cdob.org](mailto:olm@cdob.org)

## Formulario de Inscripción de Educación Religiosa (CCE)

### SÓLO PARA USO DE OFICINA

Año Catequístico: **2022-2023**

Fecha de Inscripción: \_\_\_\_\_ Recibo# \_\_\_\_\_  efectivo  cheque  tarjeta

Catequista(s): \_\_\_\_\_ # de Cuarto: \_\_\_\_\_

Nivel de grado/Clasificación: Cuota:  \$25.00 por estudiante  \$35.00 familia (hermanos)  \$50.00 RICA

1°  2°  3°  4°  5°  6°  7°  8°  9°  10°  11°  12°

1° año 2<sup>nd</sup>  1° Comunción  1° año de 9<sup>th</sup>  Pre Confirmación  Confirmación  RICA para Niños

### INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

NOMBRE: \_\_\_\_\_

APELLIDO

NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino  
MES DIA AÑO

Dirección de Correspondencia: \_\_\_\_\_

Ciudad

Estado

Código Postal

Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Otro: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Mi hijo/a **HA RECIBIDO** (MARQUE LOS QUE APLIQUAN):

Bautismo Iglesia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Comunción Iglesia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Confirmación Iglesia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE LOS PADRES/GUARDIÁN

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

APELLIDO

NOMBRE

inicial del segundo nombre

Cel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre de Mama: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

APELLIDO (de soltera) NOMBRE

inicial del segundo nombre

Cel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### SOLAMENTE PARA TUTOR LEGAL

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono Cel: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN MEDICA/CONDICIONES

¿Su hijo/a tiene alguna condición especial o necesita atención especial?  Sí  No

Si marco "Sí", por favor de explicar \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a sufre de alguna alergia?  Sí  No

Si marco "Sí", por favor de explicar: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a toma algún medicamento?  Sí  No

Si marco "Sí", por favor explique y liste los medicamentos: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a tiene alguna discapacidad?  Sí  No

Si marco "Sí", por favor de explicar \_\_\_\_\_

POR LO PRONTO GARANTIZO QUE LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO, MI NIÑO ESTÁ EN BUENA SALUD, Y ASUMO TODA RESPONSABILIDAD POR LA SALUD DE MI HIJO.

**FIRMA DEL PADRE/TUTOR:** \_\_\_\_\_

## TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA

En caso de emergencia, doy permiso para que transportan a mi hijo a un hospital para que reciba tratamiento médico o quirúrgico. Deseo ser informado antes de cualquier otro tratamiento médico u hospital. En caso de cualquier emergencia, si no puede contactarme a los números indicados, póngase en contacto con:

NOMBRE DE CONTACTO: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Doctor de la familia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Plan de Salud Familiar: \_\_\_\_\_ Póliza# \_\_\_\_\_

No se puede administrar ningún medicamento de cualquier tipo, ya sea con receta o sin receta, a menos que la situación sea potencialmente mortal y se requiera tratamiento de emergencia.

Por la presente, doy permiso para que mi hijo (a), si se considera apropiado, receta medicamentos que no son de receta (como productos que no son aspirina, es decir, acetaminofén o ibuprofeno, pastillas para la garganta, jarabe para la tos).

**INICIALES DE PADRES / TUTORES:** \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO

- Doy consentimiento para que mi hijo PARTICIPE en el programa de Educación Religiosa en Nuestra Señora de la Merced (322 S. Vermont Ave., Mercedes, Texas) y entiendo que este evento se llevará a cabo dentro de los terrenos de la Iglesia (propiedad), y que MI HIJO ESTARÁ BAJO LA SUPERVISIÓN DEL DIRECTOR DE EDUCACIÓN RELIGIOSA. POR ESTE MEDIO, TAMBIÉN, AUTORIZO A MI HIJO A PARTICIPAR EN LOS PROGRAMAS PARROQUIALES Y LAS ACTIVIDADES FÍSICAS DURANTE EL ACTUAL AÑO DEL PROGRAMA. AUTORIZO QUE LOS TRABAJADORES Y / O EL PERSONAL RESPONSABLE OBTENGA TRATAMIENTOS MÉDICOS ADECUADOS SI FUERA NECESARIO. Estoy de acuerdo, que mi hijo, aquí nombrado o nuestros herederos, sucesores y cesionarios, eximir y liberar a los administradores, catequistas y voluntarios de toda responsabilidad

LEGAL por enfermedad, lesiones o muerte sufridas por mi hijo como un resultado de la participación en los programas y actividades físicas durante el año. ESTOY de acuerdo compensar la parroquia, la Diócesis de Brownsville, sus directores, empleados y agentes descensos con los programas y actividades físicas gastos que puedan incurrir en cualquier acción judicial contra ellos como consecuencia de tales lesiones o danos [A MENOS QUE TAL RECLAMO SURJA DE LA NEGLIGENCIA DE LA PARROQUIA/DIÓCESIS] y honorarios razonable de abogado. Afirmo que la información arriba es verdadera y correcta.

- TAMBIÉN, CONSIENTO QUE PUEDEN TOMAR FOTOS Y VIDEO DE MI HIJO DURANTE EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN RELIGIOSA EN LA IGLESIA CATÓLICA DE NUESTRA SEÑORA DE LA MERCED, EN MERCEDES, TEXAS. TAMBIÉN, ACEPTO QUE FOTOS Y VÍDEOS EN QUE MI HIJO ESTÁ PRESENTE, PUEDEN SER CARGADOS A LOS SITIOS WEB SOCIALES UTILIZADOS POR LA PARROQUIA (ESTE SITIO WEB PARROQUIAL, FACEBOOK, ETC ...) Y OTROS CONEXIONES DE MEDIOS SOCIALES RELACIONADOS CON LA PARROQUIA Y LA DIÓCESIS DE BROWNSVILLE (IE PERIÓDICO CATÓLICO, ETC ...)
- NO PERMITO QUE MI HIJO SEA FOTOGRAFIADO O CINTAS DE VIDEO.

**INICIALES DE PADRES / TUTORES:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**Office of Catechesis \* Diocese of Brownsville**  
**NUESTRA SEÑORA DE LA MERCED – MERCEDES, TEXAS**

**AUTORIZACIÓN PARA RECOGER EL ESTUDIANTE**

**NOMBRE COMPLETO LEGAL DEL ESTUDIANTE:**

\_\_\_\_\_

**NOMBRE DE PADRE** \_\_\_\_\_

TELEFONOS / CASA: \_\_\_\_\_ CEL: \_\_\_\_\_ TRABAJO: \_\_\_\_\_

**NOMBRE LEGAL DE MAMA:** \_\_\_\_\_

TELEFONOS / CASA: \_\_\_\_\_ CEL: \_\_\_\_\_ TRABAJO: \_\_\_\_\_

Las siguientes personas pueden recoger a mi hijo/hija de las clases de Educación Religiosa:

1. NOMBRE: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_
2. NOMBRE: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_
3. NOMBRE: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_
4. NOMBRE: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Mi hijo tiene mi permiso para caminar a casa \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

**FIRMA DEL PADRE/TUTOR:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_