

## Registro de Formación de la Fe **\*\*2026-27\*\***

Gracias por elegir el Programa de Formación de Fe de San Alejandro. Junto con el Padre Rosenbaum, estamos emocionados de comenzar el viaje y esperamos servirles a ustedes y a su familia con las Buenas Nuevas de Jesús a medida que crecemos en la fe. Nos esforzamos por modelar y extender el gozo y el amor de nuestro Dios en cada lección a sus hijos y familias.

### Año escolar de formación de fe

Misa familiar: 27 de septiembre de 2026 a las 10:30 am

27 de septiembre de 2026 - 2 de mayo de 2027

### Horarios de clases los domingos:

PreK - K: Durante la misa de 10:30 am

1er - 12vo grados: 11:35 am - 12:25 pm todos los  
domingos

### \*\*\* REUNIÓN DE PADRES \*\*\*

Domingo, 20 de septiembre del 2026 en el edificio de  
la escuela

1er - 4to grados a las 11:35 am

5to - 12vo grados a las 12:00 pm

### Matrícula y Cuotas

- **Costo del material:** \$50 por niño (pagar durante la registración)
- **Matrícula:** \$50 por niño (vence el 8 de Nov)
- **Costo sacramental:** \$50 por niño (vence el 7 de Feb)

*Primera Comunión - 2<sup>do</sup> grado*  
*Confirmación - 8<sup>to</sup> grado y High School*

Por favor tengan disponibles los Certificados de Bautismo y Eucarísticos de su(s) hijo(s) para ayudarle a completar este formulario de registro.

## Información Familiar

Apellido de la familia:

Preferencia de comunicación:

inglés     español

Nombre y apellido del contacto principal:

Número de teléfono:

- Celular  
 De Casa

Correo Electronico:

Dirección de Casa:

Ciudad:

Estado, Código Postal:

Nombre y Apellido de Padre:

Nombre y Apellido de Madre:

Vive con:  Ambos Padres     Madre     Padre     Alguien más:

## Información del Estudiante(s)

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Escuela que Asiste	Grado	Información médica, alergias o necesidades especiales	Sacramentos que todavía necesita
1.					<input type="checkbox"/> Bautismo <input type="checkbox"/> Reconciliación <input type="checkbox"/> Primera Comunión <input type="checkbox"/> Confirmación
2.					<input type="checkbox"/> Bautismo <input type="checkbox"/> Reconciliación <input type="checkbox"/> Primera Comunión <input type="checkbox"/> Confirmación
3.					<input type="checkbox"/> Bautismo <input type="checkbox"/> Reconciliación <input type="checkbox"/> Primera Comunión <input type="checkbox"/> Confirmación
4.					<input type="checkbox"/> Bautismo <input type="checkbox"/> Reconciliación <input type="checkbox"/> Primera Comunión <input type="checkbox"/> Confirmación

## Información Sacramental para Estudiante(s): Por favor, utilice los certificados sacramentales para completar la siguiente información.

Nombre de Bautismo	Lugar de Nacimiento (ciudad, estado)	Fecha de Bautismo y Lugar de Bautismo (Iglesia, Ciudad, Estado)	Nombre de la madre biológica Nombre de el padre biológica	Fecha de Réconciliación y Lugar de Réconciliación (Iglesia, Ciudad, Estado)	Fecha de Primera Comunión y Lugar de Comunión (Iglesia, Ciudad, Estado)
1.					
2.					
3.					
4.					

### **\*\*SE REQUIERE INFORMACIÓN PARA LOS REGISTROS PARROQUIALES\*\***

Por favor, adjunte una copia del certificado de bautizo de sus hijos y envíelo al correo electrónico [stasfaithform.dre@gmail.com](mailto:stasfaithform.dre@gmail.com)  
 Incluya el nombre de su(s) hijo(s) en el correo electrónico.

## Permisos - Por favor, escriba sus iniciales después de cada permiso.

### Permiso General

Yo doy permiso para que mi hijo/a participe en el Programa de Formación de Fe de San Alejandro. Libero e indemnizo a San Alejandro, su personal, voluntarios y la Diócesis de Joliet de cualquier responsabilidad que surja de reclamos de cualquier tipo o naturaleza de la participación de mi hijo en este programa. Entiendo que mi hijo es responsable de seguir las normas de seguridad y comportamiento mientras participa en este programa.

He leído y estoy de acuerdo con la declaración anterior.

No estoy de acuerdo, por lo que a mi hijo no se le permitirá participar.

### Permiso Médico

Concedo permiso para la administración de primeros auxilios por parte de los responsables del programa según su juicio lo estime conveniente, y para realizar las derivaciones necesarias a personal médico cualificado para el tratamiento de enfermedades de accidentes de carácter más grave. Entiendo que se me notificará de inmediato en caso de cualquier enfermedad, lesión o accidente grave y antes de cualquier cirugía mayor, excepto cuando el retraso en dicha comunicación ponga en peligro la vida, en el caso de una emergencia médica, entiendo que se hará todo lo posible para ponerse en contacto con el padre / tutor del participante. En el caso de que no pueda ser contactado, por la presente doy permiso al médico seleccionado por el personal de adultos para hospitalizar, asegurar el tratamiento adecuado y ordenar inyecciones, anestesia o cirugía si se considera necesario para mi hijo.

He leído y estoy de acuerdo con la declaración anterior.

No estoy de acuerdo, por lo que a mi hijo no se le permitirá participar.

### Permiso de Video/Fotografía

Se pueden tomar fotos y videos de los participantes, voluntarios y personal de la Formación en la Fe durante el año para la publicidad de fines informativos y para anunciar eventos en la parroquia. Las fotos / videos se publicarán en las páginas web de la parroquia o diocesana, tabloneros de anuncios, lugares de interés en las redes sociales o publicaciones.

He leído y estoy de acuerdo en que mi hijo puede ser fotografiado.

No doy permiso para que mi hijo sea fotografiado.

## Contacto de Emergencia

Nombre	Relacion	Número de Teléfono
1.		
2.		