



Saint Augustine Parish, Hartford, CT

Family Faith Formation Program

Director: Jennifer Torres

Email: ccd@staugustinehtfd.org

Faith Formation Registration

- ❖ **Family Faith Formation** - *Once a month* - For parents with children in **1st Grade–8th grade**
- ❖ **Una vez al mes** Para padres con niños de **1^{er} grado – 8^{vo} grado**
 - **Sacramental Preparation** - *Once a month* - For students in **Grades 2nd and up**, who are on the 2nd year of the Family Formation Program and will be receiving 1st Holy Communion.
 - **Una vez al mes** - Para estudiantes de **2^{do} grado en adelante** que están por segundo año en el programa Formación de Fe Familiar, que recibirán la Primera Comunión.

Requisites/ Requisitos

- Attend Mass on Sundays and other Holy Days of Obligation as prescribed by the Church. / **Asistir a la Misa los domingos y en los demás días de precepto establecidos por la Iglesia.**
- Be a registered parishioner of St. Augustine Parish. If you need to register, please contact the parish office. / **Ser feligrés registrado de la Parroquia San Agustín. Si necesita registrarse, comuníquese con la oficina parroquial.**
- Be able and willing to attend all scheduled classes and required activities together with your child(ren). / **Poder y estar dispuesto(a) a asistir a todas las clases programadas y demás actividades requeridas junto con su(s) hijo(s).**
- Children must be in **Grade 2 or higher** to receive **First Holy Communion**. / **Los niños deben estar en segundo grado o superior para recibir la Primera Comunión.**
- Children must be in **Grade 9 or higher** to receive the **Sacrament of Confirmation**. / **Los niños deben estar en octavo grado o superior para recibir el Sacramento de la Confirmación.**

Required Documentation

- ☐ Copy of Birth Certificate/ **Certificado de Nacimiento**
- ☐ Certificate of Baptism/ **Certificado de Bautizo** (if applicable)
- ☐ Copy of Parent ID / **ID de pariente**
- ☐ Fee \$80 Per Child (non-refundable)
 - You may pay online at <https://www.osvhub.com/church-of-saint-augustine/giving/funds/religious-education> (Please make sure to Print Confirmation)

Only Fully Completed Registration forms along with documentation will be accepted.

Solo se aceptarán los formularios de registro completamente completados junto con la documentación



Saint Augustine Parish, Hartford, CT

Family Faith Formation Program

Director: Jennifer Torres

Email: ccd@staugustinehftd.org

For Office Use Only:

☐ Copy if Birth Certificate

☐ Copy of Baptism Certificate (if applicable)

☐ Copy of Parent ID

☐ Donation Paid in Full _____ / Partial pmt \$ _____

FAMILY FAITH FORMATION REGISTRATION

Family Name/Nombre Familiar _____

Today's Date: _____

Address/Dirección: _____
Street Address/# Calle Apartment City, State, ZipCode

Phone: _____ Email: _____

Parents	Full name/Nombre Completo	Ph#/ Número de Teléfono	Email
Mother/Mamá			
Father/Papá			
Parents are: Married / Live Together, Not Married / Separated? Papas están: Casados / Conviviendo / Separados?			

Child's Full Name/ Nombre Completo de niño/a	Age/ Edad	Date of Birth/ Fecha de nacimiento	Grade/ Grado	Baptized? / Bautizado/a?	Was this student enrolled last year? ¿Estudiante que regresa?

Are you a registered parishioner of St. Augustine? ¿Estas registrado como parroquiano de San Agustín? _____

Would you like to be a volunteer? Te interesa ser voluntario/a? ____ Yes ____ No

Important Information/Información Importante

Emergency Contact Name/ Nombre contacto de emergencia: _____

Phone#: _____ Relationship/Relación: _____

EMERGENCY HEALTH / MEDICAL INFORMATION AND CONSENT

In the event of an emergency, I, the undersigned parent/guardian of the child(ren) named on this form, hereby give permission to Saint Augustine Parish, and their employees, agents, representatives, and adult volunteers, to arrange for and authorize emergency medical, dental, or surgical treatment for my child, as considered necessary by the attending physician. I wish to be advised prior to any further treatment by the hospital or doctor.

En el caso de una emergencia, yo, el padre/tutor abajo firmante de los niños nombrados en este formulario, por la presente doy permiso a la Parroquia de San Agustín y a sus empleados, agentes, representantes y voluntarios adultos, para organizar y autorizar un tratamiento médico, dental o quirúrgico de emergencia para mi hijo, según lo considere necesario el médico tratante. Deseo que el hospital o el médico me informen antes de cualquier tratamiento adicional

Parent or Guardian Signature

Date