



# First Communion Formation – 1st - 6th

## Formación para Primera Comunión – 1er - 6o

- 1st year
- no sac year

2017-2018: *New students/ estudiantes nuevos*


**STUDENT REGISTRATION FORM/ REGISTRACION PARA ESTUDIANTES**  
 222 Clark Ave., Yuba City, CA 95991 (530) 673-1573 [faithformation@stisidore-yubacity.org](mailto:faithformation@stisidore-yubacity.org)

**Registrations accepted between: June 5 - Aug 4, 2017.** *Registraciones se aceptarán entre el 5 de Junio- 4 de Agosto, 2017.*

DATE - FECHA \_\_\_\_\_  
 NAME OF CHILD - NOMBRE DEL NIÑO/A \_\_\_\_\_  
 GRADE-GRADO (2017-2018) \_\_\_\_\_ BIRTHDATE-FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
 FATHER'S NAME-NOMBRE DEL PADRE \_\_\_\_\_  
 MOTHER'S NAME-NOMBRE DE LA MADRE \_\_\_\_\_  
 ADDRESS-DOMICILIO \_\_\_\_\_  
 CITY/ZIP- CIUDAD/CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
 TELEPHONE/ TELÉFONO \_\_\_\_\_ TELEPHONE/ TELÉFONO \_\_\_\_\_  
 INTERNET ACCESS/ACCESO al Internet **Yes/Si No**  
 E-MAIL ADDRESS/CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_  
 Would you like to receive text messages/ le gustaría recibir mensajes vía textos al celular? **Yes/Si No** TELEPHONE/ TELÉFONO \_\_\_\_\_

**I agree to allow my child to participate in the safe environment program**  
**Circle of Grace.** - Estoy de acuerdo que mi hijo/a participe en el programa de seguridad personal llamada Circulo de Gracia.

**CIRCLE OF GRACE:** YES NO  
**CIRCULO DE GRACIA:** SI NO

  
 Parent Signature/FIRMA DEL PADRE O MADRE \_\_\_\_\_

**MEDICAL INFORMATION:** Such as severe allergic reactions to peanuts, bee stings, penicillin, etc. Problems with vision, hearing, heart, asthma, diabetes, epilepsy, etc. Please explain. ↓

**INFORMACION MEDICA:** Como reacciones severas a cacahuete, piquetes de abeja, penicilina, etc. Problemas de visión, oído, corazón, asma, diabetes, epilepsia, etc. Por favor explique.

Is child on any medication? - Esta el Niño/a usando alguna medicina? Yes/Si   
 No

If yes, name of medication - Nombre de la medicina \_\_\_\_\_

Continue on other side/ continuar en otro lado →

### FOR OFFICE USE ONLY

Registered by: \_\_\_\_\_  
 Date: \_\_\_\_\_  
 -----  
 Fee Pd: \_\_\_\_\_  
 Receipt #: \_\_\_\_\_  
 Payment AR: \_\_\_\_\_  
 Date: \_\_\_\_\_  
 Fee Pd: \_\_\_\_\_  
 Receipt #: \_\_\_\_\_  
 Payment AR: \_\_\_\_\_  
 Date: \_\_\_\_\_  
 -----  
 Sibling(s): \_\_\_\_\_  
 Sibling(s): \_\_\_\_\_  
 Sibling(s): \_\_\_\_\_

### FORMATION CLASS NEEDED

- 1<sup>st</sup>  Baptism
- 2<sup>nd</sup>  No Sacrament
- 3<sup>rd</sup>  1FC
- 4<sup>th</sup>
- 5<sup>th</sup>
- 6<sup>th</sup>

- RCIA adapted
- elem.  CAT 1
- middle.

### CERTIFICATES

- Birth Cert
- Baptismal Cert
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**NAME AND PHONE NUMBER OF TWO LOCAL PERSONS TO CALL IN AN EMERGENCY:**  
*NOMBRE Y NUMERO DE TELEFONO DE DOS PERSONAS QUE VIVAN LOCALMENTE:*

1.) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Name/Nombre Relationship to child/Relación al niño/a Phone/Teléfono


2.) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Name/Nombre Relationship to child/Relación al niño/a Phone/Teléfono

**CONSENT TO TREAT/CONSENTIMIENTO PARA TRATAR MEDICAMENTO**

**I hereby authorize treatment of my child by a licensed medical physician in the case of any accident or illness that may arise, or any hospitalization necessary. I further agree to pay any and all costs associated with treatment not covered by my insurance.**


*Yo autorizo que se haga tratamiento a mi hijo/a por un medico con licencia en caso de accidente o enfermedad imprevista o si es necesario, hospitalización. Además, acuerdo pagar cualquier costo relacionado a dicho tratamiento que no cubra mi aseguranza.*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Child's Date of Birth Name & Ph # of Family Physician  
*Fecha de Nacimiento (hijo/a) Nombre y teléfono del Médico de Familia*

 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Parent Signature/FIRMA DEL PADRE O MADRE Date/Fecha

In signing below, I acknowledge I have received and read the **Student and Family Information Packet** for participating in the St Isidore's faith formation program. I accept my responsibilities and will do my part in making this a positive experience for my child.

En firmar abajo, reconozco que he recibido y leído el **Paquete de información del estudiante y familia** para participar en el programa de formación. Acepto mis responsabilidades y hare mi parte para que sea una experiencia positiva para mi hijo.

 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Parent Signature/FIRMA DEL PADRE O MADRE Date/Fecha

(Sacrament fee is in addition to the child's registration fee)  
*(Cuota de sacramento es en adicional de la cuota de registracion)*

<b><u>Registration Fee:</u></b>	<b><u>Cuota de Registración:</u></b>
\$40 for 1 <sup>st</sup> Child	\$40 para 1er Niño
2 <sup>nd</sup> child: \$35	2 <sup>do</sup> Niño: \$35
3 <sup>rd</sup> Child: \$30	3 <sup>er</sup> Niño: \$30
4 <sup>th</sup> child free (from same family)	4 <sup>to</sup> Niño gratis (de la misma familia)