



# Confirmation Formation – 7th - HS

## Formación para Confirmación– 7th - HS

2017-2018: **Retuning students/ estudiantes en retorno**

### 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: April 7 - Aug 4, 2017. Registros se aceptarán entre el 7 de Abril - 4 de Agosto, 2017.

- 1st year
- 2nd year
- no sac year
- repeat year

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.

<b>CIRCLE OF GRACE:</b>	<b>YES</b>	<b>NO</b>
<b>CIRCULO DE GRACIA:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>

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

- 7<sup>th</sup>  Baptism
- 8<sup>th</sup>  No Sacrament
- H.S.  1FC
- 2FC
- 1CF
- 2CF

### RCIA<sup>adapted</sup>

- elem.  CAT 1
- middle.  CAT 2
- H.S.  CAN 1
- CAN 2

### CERTIFICATES

- Birth Cert**
- Baptismal Cert**
- Communion Cert**
- Sponsor App**

\_\_\_\_\_

**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>Returning Registration Fee:</u></b>	<b><u>Cuota de Registración de Retorno:</u></b>
\$35 for 1 <sup>st</sup> Child	\$35 para 1er Niño
2 <sup>nd</sup> child: \$30	2 <sup>do</sup> Niño: \$30
3 <sup>rd</sup> Child: \$25	3 <sup>er</sup> Niño: \$25
4 <sup>th</sup> child free (from same family)	4 <sup>to</sup> Niño gratis (de la misma familia)

<b><u>Sacrament Fee:</u></b>	<b><u>Cuota de Sacramento:</u></b>
Pre-Confirmation Class Fee: \$45	Cuota de clase de Pre-Confirmación: \$45
2 <sup>nd</sup> Year, Confirmation Class Fee: \$55	2 <sup>do</sup> Año, Cuota de clase de Confirmación: \$55

**Please Choose One**

**YOUTH MINISTRIES**

- Culinary**
- Sport**
- Gaming**
- Music**
- Leadership**
- Latin Club**