

HOLY FAMILY CATHOLIC CHURCH

200 ANTONINA AVE. AMERICAN CANYON, CA 94503

(707) 645-9331 FAX (707) 731-1637

www.holyfamily-amcan.church

Religious Education Registration

If Your Child Is A New Student, Or Is In 1st Year Communion Preparation, Please Provide A Copy Of Their Baptismal Certificate. For New 1st Year Confirmation Preparation Students Please Provide Copies Of Their Baptismal And 1st Communion Certificates. Thank You.

Parent Information

Father /Guardian:	Mother / Guardian:
Address:	Address:
City: State: Zip:	City: State: Zip:
Phone Number	Phone Number
(Hm / Wrk / Cel):() - ext:	(Hm / Wrk / Cel):() - ext:
Alternative Phone Number	Alternative Phone Number
(Hm / Wrk / Cel):() - ext:	(Hm / Wrk / Cel):() - ext:
E-Mail:	E-Mail:

Student Information

*****Please Enter For Each Student*****

1st Student	2nd Student
Student's Full Name:	Student's Full Name:
Date of Birth: Age:	Date of Birth: Age:
Gender: Male / Female Grade Level:	Gender: Male / Female Grade Level:
<input type="checkbox"/> Enrolled in Religious Education Classes last year?	<input type="checkbox"/> Enrolled in Religious Education Classes last year?
Yes / No	Yes / No
<input type="checkbox"/> 1st Year Communion <input type="checkbox"/> 2nd Year Communion	<input type="checkbox"/> 1st Year Communion <input type="checkbox"/> 2nd Year Communion
Where:	Where:
<input type="checkbox"/> 1st Year Confirmation <input type="checkbox"/> 2nd Year Confirmation	<input type="checkbox"/> 1st Year Confirmation <input type="checkbox"/> 2nd Year Confirmation
Where:	Where:
Sacraments Received	Sacraments Received
Baptism: Yes / No When:	Baptism: Yes / No When:
Where:	Where:
1st Reconciliation: Yes / No When:	1st Reconciliation: Yes / No When:
Where:	Where:
1st Communion: Yes / No When:	1st Communion: Yes / No When:
Where:	Where:

*****If your child has previously been enrolled in another religious education program please provide official documentation from that program as soon as possible. This will help us in determining the best placement for your child.*****

*****Administrative Use Only*****

HOLY FAMILY CATHOLIC CHURCH

200 ANTONINA AVE. AMERICAN CANYON, CA 94503

(707) 645-9331 FAX (707) 731-1637

www.holyfamily-amcan.church

REGISTRO DE EDUCACION RELIGIOSA

Si su hijo es un estudiante nuevo, O está en primer año de preparación para Primera Comunión, Por favor Provea una Copia de su Certificado de Bautismo. Para estudiantes nuevos del Primer Año de Preparación para Confirmación Por favor provea copia de su Certificado de Bautismo y de Primera Comunión. Gracias.

Información de los Padres

Padre /Guardian:	Madre / Guardian:
Dirección:	Dirección:
Ciudad: Estado: Cód. Postal:	Ciudad: Estado: Cod. Postal:
Número de Teléfono (Casa / Trab/ Cel):() - ext:	Número de Teléfono (Casa/ Trab/ Cel):() - ext:
Número de Teléfono Alternativo (Casa / Trab/ Cel):() - ext:	Número de Teléfono Alternativo (Casa / Trab / Cel):() - ext:
Correo Electrónico:	Correo Electrónico:

Información del Estudiante

****Por favor ingresar información de Cada Estudiante****

1er Estudiante	2do Estudiante
Nombre completo del estudiante:	Nombre Completo del estudiante:
Fecha de Nacimiento: Edad:	Fecha de Nacimiento: Edad:
Genero: Masc./ Fem. Grado:	Genero: Masc. / Fem. Grado:
Matriculado en Educación Religiosa el año anterior?	Matriculado en Educación Religiosa el año anterior?
Si/ No	Si / No
<input type="checkbox"/> 1er Año Comunión <input type="checkbox"/> 2do Año Comunión	<input type="checkbox"/> 1er Año Comunión <input type="checkbox"/> 2do Año Comunión
Dónde:	Dónde:
<input type="checkbox"/> 1er Año Confirmación <input type="checkbox"/> 2do Año Confirmación	<input type="checkbox"/> 1er Año Confirmación <input type="checkbox"/> 2do Año Confirmación
Dónde:	Dónde:
Sacramentos Recibidos	Sacramentos Recibidos
Bautismo: Si / No Cuándo:	Bautismo: Si / No Cuándo:
Dónde:	Dónde:
1ra Reconciliación: Si / No Cuándo:	1ra Reconciliación: Si / No Cuándo:
Dónde:	Dónde:
1ra Comunión: Si / No Cuándo:	1ra Comunión: Si / No Cuándo:
Dónde:	Dónde:

****Si su hijo ha sido previamente inscrito en otro programa de Educación Religiosa por favor please provea documentación oficial de ese programa lo más pronto posible. Esto nos ayudará a determinar el mejor lugar para su hijo.****

****Para Servicio Administrativo Solamente****

Emergency Contact Information

Please provide contact information for two (2) persons (**OTHER THAN PARENTS OR GUARDIANS**) , who may care for your child(ren) during an emergency.

Student Name:	Parent Name:
Emergency Contact Name:	Emergency Contact Name:
Relationship to Student:	Relationship to Student:
Primary Phone Number:	Primary Phone Number:
Secondary Phone Number:	Secondary Phone Number:
Parent Signature	Date

Emergency Medical Information

Health Insurance Carrier / Health Plan:		Group #:
Hospital :	Doctor:	Phone Number:
Medical Conditions		
<i>Please list any medical conditions and medications your Child is currently being treated for, and any medication prescribed by their doctor.</i>		
Medical Conditions:	Medication:	
1.	1.	
2.	2.	
3.	3.	

Circle Of Grace Program

Out of concern for all God's people and in response to the United States Conference of Catholic Bishops' Charter for the Protection of Children and Young People, we have a program, "Circle of Grace" for the safe environment education of children and young people supported and mandated by Bishop Robert Vasa. Circle of Grace aims to help children and young people to understand their own and other's dignity in mind, body and spirit. Adults, especially parents, as they strive to provide a safe and protective environment, hold the responsibility to help children and young people understand and respect their own dignity and that of others. A truly safe and protective environment is one where children and young people recognize when they are safe, or unsafe, and know how to bring their concerns, fears, and uncertainties to trusted adults in their lives.

YES , My Child Will Participate in the Circle of Grace program	NO , My Child Will NOT Participate in the Circle of Grace program
Parent Signature:	Date:

Información de Contactos de Emergencia

Por favor provea información de dos contactos (2) personas (**OTROS QUE NO SEAN PADRES O GUARDIANES**), quienes puedan cuidar a sus niños en alguna emergencia.

Nombre del Estudiante:	Padre del Estudiante:
Nombre del contacto de emergencia:	Nombre del Contacto de Emergencia:
Relación con el Estudiante:	Relación con el Estudiante:
Número Primario de Teléfono:	Número Primario de Teléfono:
Número Secundario de Teléfono:	Número Secundario de Teléfono:
_____	_____
Firma del Padre/Guardian	Fecha

Información de Emergencia Medica

Información del Seguro Médico / Plan de salud:		# Grupo :
Hospital :	Doctor:	Número de Teléfono:
Condiciones Médicas		
<i>Por favor liste alguna condicion médica y medicamentos si su hijo esta siendo tratado, y alguna medicación prescrita por su Doctor.</i>		
Condiciones Médicas	Medicación:	
1.	1.	
2.	2.	
3.	3.	

Programa Círculo de Gracia

Por la preocupación por el pueblo de Dios y en respuesta de los Estatutos para la protección de Niños y Jóvenes de la Conferencia de los Obispos Católicos de Estados Unidos, tenemos un programa se llama **Círculo de Gracia** de Educación para ambientes seguros de niños y jóvenes, apoyado y ordenado por el Obispo Robert Vasa. Círculo de Gracia trata de ayudar a los niños a entender su propia dignidad y la dignidad de otros, en mente, cuerpo y espíritu. Los adultos, especialmente padres y madres, mientras tratan de proveer un ambiente seguro y de protección, tienen la responsabilidad de ayudar a los niños a entender y respetar su propia dignidad y la dignidad de otros. Un ambiente verdaderamente seguro y de protección es uno en el cual los niños reconocen cuando están seguros o no y saben cómo confiar sus preocupaciones, temores e inseguridades a los adultos de confianza en sus vidas.

<i>SI Mi Hijo SÍ Participará en el Programa de Círculo de Gracia</i>	<i>NO, Mi Hijo No Participará en el Programa de Círculo de Gracia</i>
Firma del Padre:	Fecha:

Religious Education Tuition Schedule

Please Make Checks Payable to: Holy Family Catholic Parish

Student Name / Family Name:

Tuition Fees:

One Student: \$100.00 Two Students: \$200.00 Three Students: \$250.00 Four Students: \$300.00

Tuition Paid: \$100 / \$200 / \$250 / \$300

**** No volunteer Hours or Donations required.****

Method of Payment:

Cash Check #
Visa/MasterCard(Confirmation #)

Received By:

Date:

Tuition and Attendance Policy

_____ Please note, tuition for Religious Education classes is due in full at the time of registration. Registration is on a "First Come Basis." Registration is not considered complete until tuition is paid in full. There are no financial scholarships offered. However, any combination of payment to complete the full amount due is welcome.

_____ Holy Family Catholic Parish Religious Education class schedule follows the same calendar as the Napa Valley Unified School District. **STUDENTS ARE ALLOWED NO MORE THAN FOUR (4) ABSENCES PER CALENDAR YEAR. STUDENTS ARE REQUIRED TO ATTEND MASS AT HOLY FAMILY CATHOLIC PARISH. STUDENTS ARE ALLOWED NO MORE THAN FOUR (4) ABSENCES FROM MASS ATTENDANCE PER CALENDAR YEAR.** Students should attend Mass during holy days of obligation unless the Day of Obligation falls on a day of week during public school hours and there is no evening mass offered.

_____ Proper behavior in the classroom and church is expected at all times. Should there be any incidents where inappropriate behavior is displayed and not corrected then the student and their parent will be given written notice of the inappropriate behavior. Three written notices and the behavior continues to be an issue removal from the program will be implemented.

_____ Students in 2nd Year Confirmation Classes are required to attend a confirmation retreat. Additionally, 2nd Year Confirmation Students will be required to pass a written examination with a minimum score of 70%.

Rev. Fr. Frederick K.A. Kutubebi
Pastor
Holy Family Catholic Church

Parent Signature

Date

Programa de Matrícula de Educación Religiosa
Por Favor Haga los Cheques a Nombre de: Holy Family Catholic Parish

Nombre del estudiante / Apellido:

Pagos de Matrícula:

Un Estudiante: \$100.00 Dos Estudiantes: \$200.00 Tres Estudiantes: \$250.00 Cuatro Estudiantes: \$300.00

Matrícula Pagada: \$100 / \$200 / \$250 / \$300

**** No se requiere horas voluntarias o donaciones****

Método de Pago:

Efectivo/Cash

de Cheque

Tarjetas Visa/MasterCard(# de Confirmación)

Recibido Por:

Fecha:

Póliza de Matrícula y Asistencia

_____ Por favor note, la matrícula para las clases de Educación Religiosa se debe completar el día de la inscripción. El Registro es "Por Orden de Llegada." La Registración no es considerada completa hasta que la matrícula se pague por completo. No se ofrece ayuda financiera a los estudiantes. De cualquier modo, se acepta combinación de pago para completar la cantidad.

_____ Las clases de Educación Religiosa son acorde al calendario del Distrito Escolar de Napa. **A LOS ESTUDIANTES NO SE LES PERMITE MAS DE CUATRO (4) AUSENCIAS EN EL AÑO. TODOS LOS ESTUDIANTES DEBEN DE ASISTIR A MISA EN HOLY FAMILY Y NO TENER MAS DE CUATRO (4) AUSENCIAS DE MISA EN EL AÑO.** ** Los estudiantes deben de atender Misa durante los Días Santos de Obligación al menos que el Día de Obligación sea entre semana durante horas escolares y no hay Misa.

_____ Se espera un comportamiento apropiado en el salón de clases y en la Iglesia en todo momento. En caso que ocurra algún incidente en el que se muestre un comportamiento inapropiado y no se corrija, el estudiante y sus padres recibirán un aviso por escrito del comportamiento inapropiado. Se implementarán tres avisos por escrito y si el comportamiento sigue siendo un problema, el niño será dado de baja del programa.

_____ **Estudiantes de Segundo año de Confirmación se requiere que atiendan el Retiro de Confirmación. Adicionalmente a los estudiantes de Segundo año de Confirmación se les requiere que pasen un examen escrito con una mínima calificación del 70%.**

Rev. Fr. Frederick K.A. Kutubebi

Pastor

Holy Family Catholic Church

Firma del Padre/ Guardian

Fecha