

2025 – 2026

Religious Education Registration Form / Registración Para La Educación Religiosa

Classes begin September 28th, 2025

Sundays/Domingos 10:00 a.m. - 11:50 a.m. (Grades / Grados 2-9)

Attending 1st Year _____ or 2nd Year _____ (Everyone has to attend mass after class/ Todos deben asistir Misa después de clases)

* 1st Communion classes are 2 years / Clases de 1ra Comunion son 2 años *

1. Child's Full Birth Name:

Nombre De Nacimiento Completo Del Niño(a) _____

2. Place and Date of Birth *Attach a Copy of the Birth Certificate* :

Lugar Y Fecha De Nacimiento *Incluya una copia del certificado de Nacimiento*

***Attach a Copy of the Baptismal Certificate* / *Incluya una copia del certificado de bautismo**

3. Date of Baptism: _____

Día De Bautismo

4. Name of Church of Baptism: _____

Nombre De La Iglesia De Bautismo

5. Address of Church of Baptism: _____

Domicilio de la Iglesia de Bautismo

School Attending/Escuela: _____

Grade/Grado: _____

Home Phone: _____

Teléfono De Casa

Emergency Phone: _____

Teléfono En Caso De Emergencia

Text Number: _____

¿Número de texto?

Address: _____

Dirección

City: _____

Zip/Código Postal: _____

Email / Correo electrónico: _____

Father's Name: _____

Nombre Del Padre

Mother's Name & Maiden Name: _____

Nombre Y Apellido De Soltera De La Madre

Are the parents married in the Catholic Church? _____

Los padres son casados por la Iglesia Católica?

Are you registered at our Parish? _____

Está Registrado En La Parroquia?

If not, where? _____

Si no, Donde?

Cost: \$25.00 Per Family (Cash or Check Only) / Por Familia (Solo efectivo o cheque)

(Teacher's and Helper's Family—No Charge)

Please mark what sacraments your child has received:

Por favor indique que sacramentos su hijo/a ha recibido:

Baptism _____

Bautismo

First Penance _____

Confesión

First Communion _____

Primera Comunion

Confirmation _____

Confirmación

Our Religious Education/Youth Ministry' programs are a privilege and with this privilege come these expectations/Expectativas:

- To attend and participate with a willingness to learn and grow in his or her Catholic faith formation. / Asistir y participar con voluntad de aprender.
- To show respect for oneself, the feelings and rights of others and for the environment. / Mostrar respeto por si mismo y hacia otros.
- To avoid inappropriate and disruptive behavior during activities. / Evitar conducta inadecuada y disruptiva durante las actividades.
- To promote and encourage open communication between student, parent and teacher, all respecting and appreciating the input of the other./ Promover y alentar la comunicacion abierta entre estudiante, padre y maestro. Respetar y valorar las aportaciones de los demás.
- If deemed necessary the following disciplinary actions will be taken. / Si es necesario las siguientes medidas disciplinarias seran tomadas:
 1. Conference between student and teacher with parent notification. / Una conferencia con el estudiante y maestra.
 2. Parent/teacher/student conference. / Conferencia con el padre, maestro y estudiante con notificación de los padres.
 3. Consultation with the pastor and/or Director of Religious Education, and a parent present. / Una consultación con el Pastor o el Director con los padres presente.

Student's Signature: _____

(Firma Del Estudiante)

Parent/Guardian's Signature: _____

(Firma del Padre/Guardian)

Date/Fecha

Date Received by OLL Office: _____ Received by (Initials): _____ Amt Paid: _____ Receipt #: _____

Next Page / Página Siguiente →

Parental Emergency Medical Release Form

Autorización Médica De Emergencia

In case of a medical or dental emergency, I _____
(*En Caso de Emergencia Médica o Dental, Yo*) (Parent Name / Nombre del Padre/Guardian)

give permission to the members of Our Lady of Lourdes Parish Continuing Religious Education Team to seek any necessary treatment for my child (**doy permiso a los miembros del equipo de Educación Religiosa de Nuestra Señora de Lourdes de buscar ayuda para mi hijo/a**)

(Name of the Child/ Nombre del Hija/o)

I will be liable for and agree to pay all costs and expenses incurred in connection with any medical or dental treatment rendered pursuant to this authorization.

(Yo seré responsable y estoy de acuerdo de pagar todos los costos y gastos en conexión con cualquier tratamiento médico o dental dados con mi autorización)

I have read this Parental Permission and Release and understand all of its terms. I sign it voluntarily and with full knowledge of its significance.

(Yo he leído este permiso de libertad de los padres y entiendo todos sus términos. Yo lo afirmo voluntariamente y con todo el derecho de su significado.)

(Parent-Guardian's Signature/ Firma del Padre o Guardián)

(Date / Día)

The following information is needed by any hospital or practitioner not having access to the minor's medical history:

(Esta información es necesaria para cualquier hospital o doctor que no tenga acceso a la historia médica del menor:)

Allergies / Alergias: _____

Medications Presently Taking: _____
(Medicamentos Que Actualmente Se Está Tomando)

Date of Last Tetanus Shot: _____
(Última Vacuna Contra El Tétano)

Family Physician & Phone Number: _____
(Médico de Familia y Número de Teléfono)

Medical Insurance Company: _____
(Compañía de Seguro Médico)

Policy/Identification Number: _____
(Póliza/ Número de Identificación)

Does your child have (Asthma, Autism, Anxiety, Diabetes, behavioral Conditions, learning Disability, or any other Medical Condition)? / ¿Su hijo/hija tiene (Asma, Autismo, Ansiedad, Diabetes, Problemas de Conducta, Discapacidad de Aprendizaje o cualquier otra Condición Médica?)

