

2025 – 2026

Religious Education Registration Form / Registración Para La Educación Religiosa

Classes begin October 1<sup>st</sup>, 2025

Wednesday / Miercoles 3:30 pm - 5:00 pm (Grades/ Grados 1-5)

Attending 1<sup>st</sup> Year \_\_\_\_\_ or 2<sup>nd</sup> Year \_\_\_\_\_ (Everyone has to attend mass / Todos deben asistir a Misa)

\* 1<sup>st</sup> 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** \_\_\_\_\_

Confirmation

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 comunicación 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:** \_\_\_\_\_

(Ultima Vacuna Contra El Tétano)

**Family Physician & Phone Number:** \_\_\_\_\_

(Medico de Familia y Numero 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?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_