



Corpus Christi Church

2019-20 Faith Formation Registration Checklist

Lista Para la Registración de Formación de Fe 2019-20

Religious Education Administrator/ Administrador de Educación Religiosa:

Moises Roberto De Leon

Office/Oficina: (510) 790-3207 x 103 **Email:** faithformation@corpuschristifremont.org

- **Monday ENGLISH classes start September 9th, 2019 / Clases los Lunes en INGLÉS comienzan el 9 de Septiembre, 2019**
- **Sunday SPANISH classes start September 8th, 2019 / Clases los Domingos en ESPAÑOL comienzan el 8 de Septiembre, 2019**

Requirements / Requisitos

- Registration Form (one per child) / Formulario de Registración (uno por estudiante)
- Parental Permission, Health Authorization, Release Form / Autorización Paterna, Autorización de Salud, Formulario de Comunicado
- Birth Certificate Copy / Copia de Certificado de Nacimiento
- Baptism Certificate Copy / Copia de Fe de Bautismo
- First Communion Certificate Copy (if applies) / Copia de Certificado de Primera Comunión (si aplica)
- Registration Payment (made at time of registration) / Pago de registraci3n (al tiempo de entregar la registraci3n):

Fees for 2019-2020 / Cuotas para el 2019-2020

- \$100 for one child / \$100 por un estudiante
- Confirmation Retreat / Confirmaci3n Retiro: \$180 (Adicional)

Select one Class / Seleccione una Clase: Limited space (Espacio limitado)

MONDAY ENGLISH CLASSES / CLASES EN INGLÉS LOS LUNES – ★ Limited space / Espacio limitado ★

- 1st Year FIRST COMMUNION / 1er AÑO PRIMERA COMUNI3N (4:00 p.m. – 5:00 p.m.)
- 1st Year FIRST COMMUNION / 1er AÑO PRIMERA COMUNI3N (5:15 p.m. – 6:15 p.m.)
- 2nd Year FIRST COMMUNION / 2ndo AÑO PRIMERA COMUNI3N (5:15 p.m. – 6:15 p.m.)
- 1st Year CONFIRMATION/ 1er AÑO CONFIRMACI3N (6:30 p.m. – 8:00 p.m.)
- 2nd Year CONFIRMATION / 2ndo AÑO CONFIRMACI3N (6:30 p.m. – 8:00 p.m.)

SUNDAY SPANISH CLASSES: > 9:00 a.m. – 10:00 a.m. – ★ Limited space / Espacio limitado ★
CLASES EN ESPAÑOL LOS DOMINGOS:

- 1st Year FIRST COMMUNION / 1er AÑO PRIMERA COMUNI3N
- 2nd Year FIRST COMMUNION / 2ndo AÑO PRIMERA COMUNI3N

For Office Use:

Amount Paid: _____ **Cash / Check** _____ / **Credit Card** _____

Date: _____ **Received by:** _____



Corpus Christi Church

Corpus Christi Faith Formation Program 2019-2020

Lista Para la Registración de Formación de Fe 2019-20

Are you registered at Corpus Christi?: Yes No

Student Information/Información del Alumno:

Last Name (Apellido): _____ First (Nombre): _____

Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____ Student Age (Edad): _____ Place (Lugar): _____

Current School (Escuela): _____ Grade (Grado): _____

Special Needs(Tiene necesidades especiales): _____

Parent's Information/Información de los Padres:

Mother's Name/
Nombre de la Madre: _____ Father's Name/
Nombre del Padre: _____

Mailing Address/Domicilio: _____ City: _____ Zip: _____

Parent EMAIL ADDRESS: _____

Parish of Attendance/Parroquia a la cual asisten: _____

Home Phone/
Teléfono: _____ Mother's Cell/
Cel. De Madre: _____ Father's Cell/
Cel. Del Padre: _____

If Not a Parent but a Guardian to the Student state this here/
Si usted tiene custodia legal del niño/a infórmenos aquí: _____

BIRTH CERTIFICATE AND SACRAMENT CERTIFICATES MUST BE ATTACHED CERTIFICADO DE NACIMINETO Y DE LOS SACRAMENTOS DEBEN SER ENTREGADOS JUNTO CON ESTA REGISTRACION

Has your child been Baptized? / ¿Su hijo/a ha sido Bautizado? Yes (Sí) No (No)

Date (Month/Day/Year) / Fecha (Mes/Dia/Año): _____

Has your child received First Communion? / ¿Su hijo/a ha recibido la Primera Comunión? Yes (Sí) No (No)

Date (Month/Day/Year) / Fecha (Mes/Dia/Año): _____

HEALTH AND MEDICAL INFORMATION

Child's Physician: _____ Office Phone: _____

Address: _____ Date of last physical exam: _____

Medical Plan: _____ Plan ID# _____

Do you authorize the adult leader to authorize medical treatment to your child
in an emergency, as considered necessary by the attending physician? Yes (Sí) No (No)

If NO, briefly state reason why you do not want medical care given to your child in an emergency: _____

My child has difficulty with the following (circle all that apply)

ASTHMA FAINTING CONVULSIONS DIABETES HEART EYES EARS/HEARING NOSE THROAT MIGRAINES
DIGESTION MENSTRUAL PROBLEMS DAIRY ALLERGY NUT/PEANUT ALLERGY SEASONAL ALLERGIES ADHD

OTHER: _____

List all conditions for which your child requires ongoing medication and state the type and frequency of medication: _____
