

Formación de Fe Familiar en Epiphany
Registro 2025-2026

¿Está su familia registrada en la Epifanía?

___ Sí ___ No

Registrar a mi familia en Epifanía utilizando la información proporcionada a continuación:

___ Sí ___ No

Nombre y apellido del padre

Correo electrónico del padre

Número del celular del padre

Nombre y apellido de la madre

Correo electrónico de la madre

Número del celular de la madre

Dirección

Ciudad

Zip

(Encierre en un círculo "sí" si el niño nombrado ha celebrado el bautismo o "no" si este niño no ha celebrado el bautismo. Haga lo mismo para cada niño y cada sacramento enumerados a continuación:)

Niño 1:

Edad

Fecha de nacimiento (mm/dd/año)

Grado

Escuela

Apellido: _____

Nombre: _____

Bautismo? Sí No Primera reconciliación? Sí No Primera comunión? Sí No Confirmación? Sí No

Niño 2:

Edad

Fecha de nacimiento (mm/dd/año)

Grado

Escuela

Apellido: _____

Nombre: _____

Bautismo? Sí No Primera reconciliación? Sí No Primera comunión? Sí No Confirmación? Sí No

Niño 3:

Edad

Fecha de nacimiento (mm/dd/año)

Grado

Escuela

Apellido: _____

Nombre: _____

Bautismo? Sí No Primera reconciliación? Sí No Primera comunión? Sí No Confirmación? Sí No

2025-2026 Tarifas de formación de fe familiar

Feligreses:

1 niño = \$30, cada niño adicional agrega \$15 \$ _____

Tarifas de preparación sacramental (además de la tarifa anterior)

Primera reconciliación/Primera comunión = \$25 cada niño \$ _____

(Por ejemplo, si tiene 1 hijo que se prepara para la Primera Reconciliación/Comunión, la tarifa es de \$55. Si está registrando a 2 niños y uno se está preparando para los sacramentos, el costo es de \$70.)

Total adeudado por el 1 de septiembre, 2025 \$ _____

Regístrese y pague en línea visitando <https://epiphanycatholicchurch.org/faith> o devolviendo el formulario completo con el pago a la oficina parroquial.

¿Preguntas?

Contacte a Sheila Murphy,
Directora de Formación de Fe:

sheila@ecclou.org

502-780-1654 (línea directa)

Sólo para uso de oficina

Suma pd _____

de Cheque _____

Fecha _____

Permiso médico

Yo, el padre/tutor legal abajofirmante de los niños antes mencionados que figuran en este formulario, entiendo que la Iglesia Católica Epiphany hará todo lo posible para comunicarse conmigo o con otro adulto designado en caso de una emergencia. Si no pueden comunicarse conmigo o con otro adulto designado, autorizo que se busque tratamiento médico de emergencia. Libero a la Iglesia Católica Epiphany, todo el personal y los voluntarios de cualquier responsabilidad que pueda surgir de tal emergencia.

Firma de padre o madre

Fecha mm/dd/año

Información médica

Nombre de Nino 1: _____

Medicamentos/condiciones médicas diagnosticadas/alergias alimentarias, etc.

Otra información útil

Nombre de Nino 2: _____

Medicamentos/condiciones médicas diagnosticadas/alergias alimentarias, etc.

Otra información útil

Nombre de Nino 3: _____

Medicamentos/condiciones médicas diagnosticadas/alergias alimentarias, etc.

Otra información útil

Permiso para media

La Iglesia Católica Epiphany solicita su permiso para tomar y usar fotografías de su hijo(s) de las siguientes maneras del **1 de julio, 2025 - 30 de junio, 2026**:

___ No doy permiso. ___ Doy permiso para TODAS las formas enumeradas a continuación.

___ Solo las marcadas a continuación:

___ Solo sitio web ___ Solo boletín ___ Solo folletos ___ Exhibir solo en la iglesia ___ Solo salón de clases

Firma de padre o madre

Fecha mm/dd/año