

**Iglesia Catolica St. Patrick-Formacion de Fe (G.I.F.T.)  
2118 Lowry St. Lufkin TX 75901**

**Seguiremos las medidas del COVID19 para mantener a todos seguros**

**Formulario de registro para las clases de los Miercoles grados K-6  
Horario de clase 6:30-8:30 Fechas de asistencia siga el Horario**

Fecha de Hoy \_\_\_\_\_ Registración por niño \$30.00 Pd \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

En caso de emergencia llamar a \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Hay alguien en su familia con necesidades especiales de lo que devemos estar concientes?

SI NO Favor de explicar incluyendo alergias: \_\_\_\_\_

**Anote abajo a todos los niños que estaran asistiendo al programa grados K-6**

Nombre del Niño(a)	Edad	Grado	Alergias SI NO	Necesita su niño(a) formacion en alguno de los siguientes sacramentos:
				<b>Reconciliacion: Si No</b>
				<b>Confirmacion: Si No</b>
				<b>Eucaristia: Si No</b>

**Permiso para usar Fotografias y Autorización de Atención Medica**

Concedo permiso al personal de la Iglesia Catolica San Patricio usar y publicar fotos imprimidas y material contenido con la red. Yo autorizo al personal que representa a la iglesia San Patricio de dar permiso de cualquier atención medica necesaria para mi hijo(a) enlistado arriba, mientras estan en el cuidado de la Igesia.

Firma del Padre/Guardián \_\_\_\_\_

Para mas información llame a Oralía Aguilar Lider de Formación de Fe  
(936) 634-6833  
Email: myorojas5@gmail.com

**St. Patrick Catholic Church – Faith Formation (G. I. F. T.)  
2118 Lowry St. Lufkin TX 75901**

**We will continue to follow COVID-19 Measures to keep everyone safe**

**Registration form for Wednesday classes grades K-6  
class time 6:30-8:00 For attendance dates follow schedule**

Today's Date \_\_\_\_\_ Registration fee \$30.00 per child Pd \_\_\_\_\_

Father \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Mother \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

In case of an emergency contact \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Does anyone in your household have any special needs of which we should be aware of?  
YES NO Please explain including allergies \_\_\_\_\_

Register all children attending the program grades K-6

Children's First and Last Name	Age	Grade	Allergies		Does your child need formation on any of the following Sacraments
			Yes	No	
					<b>Reconciliation: Yes No</b> <b>Confirmation: Yes No</b> <b>Eucharist: Yes No</b>

**Permission to Use photographs & Authorization for Medical Attention**

I grant St. Patrick Catholic Church and its staff the right to take photographs of my child(ren) in connection with church events. I authorize St. Patrick Church to use and publish these photos in printed material and in web content. I hereby authorize the staff representing St. Patrick Catholic Church to give consent for any and all necessary medical attention for my child(ren) listed above, while in the care of the Church.

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_

For more information call Oralia Aguilar Faith Formation Leader  
(936) 634-6833  
Email: myorojas5@gmail.com