

# SHRINE OF THE TRUE CROSS CATHOLIC CHURCH

## RELIGIOUS EDUCATION REGISTRATION FORM 2020-2021 / INSCRIPCION PARA CATECISMO 2020-2021

**TUESDAY/MARTES** 6:30-8 :00 p.m. Grades/Grados 1-6 & RCIA (for children 7 years or older not baptized / para niños mayores de 7 años que no esten bautizados)

**WEDNESDAY/MIERCOLES** 6:30-8 :00 p.m. Grades/Grados 7-12 & Confirmation, 'Shrine Youth'

**REGISTRATION CLASS FEES/CUOTA:** Registration Fee : \$50.00 per child/por niño or \$200.00 per family

**FIRST RECONCILIATION & EUCHARIST CLASS / CLASE DE PRIMERA CONFESION & COMUNION:**

\$55.00 per child in addition to RE class fee /\$55.00 por niño además de el costo de clase ER

TODAY'S DATE / FECHA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
MOTHER'S FULL NAME HOME TELEPHONE CELL PHONE RELIGION  
NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE TELEFONO de CASA TELEFONO CELULAR RELIGION

\_\_\_\_\_  
MAILING ADDRESS / DIRECCION CITY / CIUDAD ZIP / CODIGO

EMAIL ADDRESS / DIRECCION ELECTRONICA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FATHER'S NAME HOME TELEPHONE CELL PHONE RELIGION  
NOMBRE DEL PADRE TELEFONO de CASA TELEFONO CELULAR RELIGION

\_\_\_\_\_  
MAILING ADDRESS / DIRECCION CITY / CIUDAD ZIP / CODIGO

EMAIL ADDRESS / DIRECCION ELECTRONICA: \_\_\_\_\_

**Emergency Contact / Información de emergencia:**

Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_  
Nombre Relación Teléfono

### DISCLAIMER / DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

In the event of an emergency, I hereby give permission to transport my child/children to a hospital for medical or surgical treatment. In event of any accident or injury, I agree on behalf of myself, my child's other parent if known or living, other heirs, successors, and assigns, to hold harmless and defend the Archdiocese of Galveston-Houston (its pastor or any representative of Religious Education and Youth Ministry) unless the parties involved were negligent.

*En caso de emergencia, doy permiso para que transporte(n) a mi(s) hijo/a a un hospital para tratamiento médico o quirúrgico de emergencia. En caso de un accidente o herida, estoy de acuerdo por mi parte y por la del otro padre/madre, sucesores o herederos indicados, de que no culparemos a la Arquidiócesis de Galveston-Houston, (o a su pastor o cualquier representante del Misterio de Educación Religiosa) a menos que los involucrados fueran descuidados o negligentes en el caso.*

### MEDIA RELEASE / MEDIOS DE PUBLICIDAD

I do  I don't  grant permission to Shrine of the True Cross Church to allow my child(ren) to be photographed. It is my understanding that the photograph may be used for church purposes during the 2020-2021 school year. I understand that granting permission releases Shrine of the True Cross Church and the Archdiocese of Galveston-Houston from any future claims as well as any liability arising from the use of said photograph. *Yo doy  no doy  permiso a la iglesia Santuario de la Cruz Verdadera para que mi niño/a sea fotografiado. Entiendo que las fotos serán usadas en actividades de la iglesia. También entiendo que de ninguna manera la Arquidiócesis de Galveston-Houston será responsable si algo pasara con las fotos.*

### POLICIES & GUIDELINES / NORMAS Y GUIAS

I have read the RELIGIOUS EDUCATION POLICIES AND GUIDELINES and have discussed them with my child. I fully understand and accept these policies and guidelines. *I He leído las NORMAS Y GUIAS DEL PROGRAMA DEL EDUCACIÓN RELIGIOSA, o me las han leído y los han discutido con mi niño/a. Las entiendo completamente y acepto estas normas y guías.*

**Parent/Guardian Signature Firma de Padre/Guardián** \_\_\_\_\_

**This section is for Office Use Only/Solo para uso de la oficina**

ID # \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Catechist Notes: \_\_\_\_\_

R.E. REGISTRATION FEE \$ \_\_\_\_\_ CONFIRMATION \$ \_\_\_\_\_ FIRST RECONCILIATION/EUCHARIST \$ \_\_\_\_\_

TOTAL FEES: \$ \_\_\_\_\_ PAID AT REG \$ \_\_\_\_\_ CASH/CHECK # \_\_\_\_\_ RECEIPT # \_\_\_\_\_ BALANCE \$ \_\_\_\_\_

### Child #1/Niño(a) #1

STUDENT'S FULL NAME/ NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ Birthdate/ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sex/ Sexo \_\_\_\_\_ Grade/ Grado 2020-2021 \_\_\_\_\_

Student/ Estudiante Cell # \_\_\_\_\_ Student Email/ Correo electrónico del estudiante \_\_\_\_\_

#### HAS THIS CHILD RECEIVED THE FOLLOWING SACRAMENTS / ¿SU NIÑO/A HA RECIBIDO LOS SIGUIENTE SACRAMENTOS ?

Baptism / Bautizo Yes/Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ What Religion/¿En cuál Religión? \_\_\_\_\_

First Confession/Primera Confesión Yes/Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ First Communion/ Primera Comunión Yes/Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Confirmation / Confirmación Yes /Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Any accommodations we need to be aware of that will impact your child's ability to learn or participate in classroom activities (medical, cognitive, developmental, emotional, physical, allergies)? Explain below.

Hay alguna condición que debemos tener en cuenta que afecte la capacidad de su hijo/a a para aprender o participar en las actividades del salón de clases (médico, cognitivo, desarrollo emocional, físico, alergias)? Explique

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

#### Office Use Only

Absences  
2019-2020

Grade

Session

Sac. Prep.

### Child #2/Niño(a) #2

STUDENT'S FULL NAME/ NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ Birthdate/ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sex/ Sexo \_\_\_\_\_ Grade/ Grado 2020-2021 \_\_\_\_\_

Student/ Estudiante Cell # \_\_\_\_\_ Student Email/ Correo electrónico del estudiante \_\_\_\_\_

#### HAS THIS CHILD RECEIVED THE FOLLOWING SACRAMENTS / ¿SU NIÑO/A HA RECIBIDO LOS SIGUIENTE SACRAMENTOS ?

Baptism / Bautizo Yes/Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ What Religion/¿En cuál Religión? \_\_\_\_\_

First Confession/Primera Confesión Yes/Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ First Communion/ Primera Comunión Yes/Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Confirmation / Confirmación Yes /Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Any accommodations we need to be aware of that will impact your child's ability to learn or participate in classroom activities (medical, cognitive, developmental, emotional, physical, allergies)? Explain below.

Hay alguna condición que debemos tener en cuenta que afecte la capacidad de su hijo/a a para aprender o participar en las actividades del salón de clases (médico, cognitivo, desarrollo emocional, físico, alergias)? Explique

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

#### Office Use Only

Absences  
2019-2020

Grade

Session

Sac. Prep.

### Child #3/Niño(a) #3

STUDENT'S FULL NAME/ NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ Birthdate/ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sex/ Sexo \_\_\_\_\_ Grade/ Grado 2020-2021 \_\_\_\_\_

Student/ Estudiante Cell # \_\_\_\_\_ Student Email/ Correo electrónico del estudiante \_\_\_\_\_

#### HAS THIS CHILD RECEIVED THE FOLLOWING SACRAMENTS / ¿SU NIÑO/A HA RECIBIDO LOS SIGUIENTE SACRAMENTOS ?

Baptism / Bautizo Yes/Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ What Religion/¿En cuál Religión? \_\_\_\_\_

First Confession/Primera Confesión Yes/Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ First Communion/ Primera Comunión Yes/Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Confirmation / Confirmación Yes /Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Any accommodations we need to be aware of that will impact your child's ability to learn or participate in classroom activities (medical, cognitive, developmental, emotional, physical, allergies)? Explain below.

Hay alguna condición que debemos tener en cuenta que afecte la capacidad de su hijo/a a para aprender o participar en las actividades del salón de clases (médico, cognitivo, desarrollo emocional, físico, alergias)? Explique

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

#### Office Use Only

Absences  
2019-2020

Grade

Session

Sac. Prep.