Staff Use Only: Date Received _____Staff _____

The Catholic Diocese of Arlington - Religious Education
St. Francis de Sales Parish SPRED
Child Registration Form 2023-2024

Child's Name: (First and Last): _____

Child's Birth Date: _____/_____/_____

Mother's Name: _____Cell Phone: _____

Father's Name: _____Cell Phone: _____

Street Address: _____

City/State: _____ Zip Code: _____

Home Phone: _____ Email: _____

Family's Home Parish: _____

Emergency Contact Information:

In case of emergency and neither parent cannot be reached, who may be contacted?

Name: _____ Relationship: _____

Home Phone: _____ Cell Phone: _____

Sacrament Information: Please check the sacraments the child has received:

_____ Baptism _____ First Communion _____ Confirmation

Do you feel your child is spiritually and developmentally ready to receive a sacrament this year? Which sacrament would you like your child to receive? Please comment here:

_____

Medical Information:

List current medications: _____

List any food/medicine allergies:_____

Note: A snack is shared in the SPRED program!

Family Physician: _____ Phone: _____

Special Needs Information:

What is your child's disability? Does your child have an IEP?_____

Is he/she: _____Verbal _____Non Verbal

Please describe: _____

*Visual impairment or wearing glasses? _____ Yes _____No

Please describe: _____

Staff Use Only: Date Received _____Staff _____

*Hearing impairment or wearing hearing aides? _____ Yes _____No

Please describe: _____

*Speak American Sign Language? _____ Yes _____No

*Have seizures? _____Yes _____ No If yes, please describe.

Type/Frequency _____

What techniques and/or procedures are to be used for this child when he/she is having a seizure to assure comfort and safety? _____

_____

*Describe his/her eating ability: _____

*Describe his/her toileting ability: _____

*What are his/her favorite hobbies, music etc? _____

_____

*If he/she gets upset or very sad, what is the best way to calm him/her? _____

_____

Please provide any additional information that might be helpful to better understand your child.

_____

_____

Photo Release Permission: I authorize_____ Parish and The Catholic Diocese of Arlington to use and publish the photographs and/or motion pictures of videotape for which my child/ren have posed, and/or audio recordings made of his/her voice. I agree that _____ Parish and The Catholic Diocese of Arlington may use such photographs of my child/ren with or without his/her name and for any lawful purpose, including for such purposes as publicity, illustration, bulletin, and web content.

Parent Signature: _____ Date: _____

Medical Information:

I, _____ , parent/guardian of _____, agree to indemnify the _____Parish, Employees of the Office of Religious Education, Volunteers, and the Diocese of Arlington for any costs or expenses arising out of any medical care given my child or any expenses or fees incurred in any law-suit arising as a result of any damage or injuries caused by my child in the course of his or her participation in the activity. I further give my consent to that in my absence the above-named minor be admitted to any hospital or medical facility for diagnosis and treatment. I request and authorize physicians, dentists, and staff, duly licensed as Doctor of Medicine or Doctors of Dentistry or other such licensed technicians or nurses, to perform any diagnostic procedures, treatment procedures, operative procedures, and x-ray treatment of the above minor. I have not been given a guarantee as to the results of examination or treatment. I authorize the hospital or medical facility to dispose of any specimen or tissue taken from the above-named minor.

Parent/Guardian Signature: _____Date: _____

Registration Fee:

The registration fee is $100 per child (to help with the cost of materials). No child will be denied participation due to financial difficulty. Please contact the DRE or CRE in case of financial hardship 540-338-6381.

Staff Use Only: Date Received _____Staff _____

The Catholic Diocese of Arlington Educación Religiosa de la parroquia St. Francis de Sales SPRED Forma de Registro 2022-2023

Nombre y Apellido del Niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____

Nombre de la Madre: _____ _____ Celular: _____

Nombre del Padre: _____ Celular: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Email: _____

Parroquia a la que asiste la Familia: _____

Información de Emergencia:

En caso de emergencia y si los padres no pueden ser contactados ¿a quien se puede llamar?

Nombre: _____ Relación con la familia: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Información de Sacramento: Por favor marque los Sacramentos que su hijo ha recibido:

_____ Bautizo _____ Primera Comunión _____ Confirmación

¿Siente que su hijo está preparado espiritualmente y mentalmente para recibir un sacramento este año? Por favor comente aquí:

_____

Información Médica:

Haga una lista de los medicamentos que el niño está tomando actualmente:

_____

Escriba las alergias que el niño tiene y si está tomando algún medicamento para ellas:

_____

Doctor de la familia: _____ Teléfono: _____

Necesidades Especiales Información:

¿Con cuál problema su hijo ha sido diagnosticado? _____

Él/ella: _____Verbal _____Non verbal

Por favor descríbalo si es necesario: _____

¿Él/ella tiene una discapacidad visual y usa anteojos? Si _____ No_____

Por favor descríbalo si es necesario: _____

¿Él/Ella tiene problemas de audición y necesita audífonos? Si_____ No_____

Por favor descríbalo si es necesario: _____

¿Él/ Ella habla el lenguaje de señas Americano? Si _____ No_____

Staff Use Only: Date Received _____Staff _____

¿Convulsiona? Si_____ No_____ Si es sí, por favor explique:

Tipo/Frecuencia: _____

¿Qué técnicas o procedimientos se utiliza con el niño cuando presenta un ataque de inseguridad y de incomodidad? _____

_____

Describa su capacidad para comer: _____

Describa su capacidad para ir al baño: _____

¿Cuáles son sus pasatiempos favoritos? la música, etc…_____

_____

Si él/ella se molesta o se pone triste, ¿cuál es la mejor manera de que se pueda calmar? _____

_____

Por favor proporcione cualquier información adicional que pueda ser útil para comprenderlo(a) mejor.

_____

_____

Photo Reléase Permisión: Yo autorizo a la parroquia de _____ utilizar y publicar las fotografías y/o videos por cuales mi hijo/a haya posado, y/o grabaciones de audio hechas de su voz. Yo entiendo que _____ podrá utilizar fotografías de mis hijos con o sin su nombre o cualquier propósito legal, incluso por ejemplo como publicidad, ilustración, el boletín, y contenido en el internet.

Firma del Padre: _____ Fecha:_____

Información Médica:

Yo, _____ , padre guardián de _____, me comprometo a indemnizar a la Parroquia de _____ los empleados de las oficinas de la Educación Religiosa, los voluntarios y a la Diócesis de Arlington del costo de la atención médica dada a mi hijo o cualquier otro gasto o gastos incurridos en cualquier demanda que surja como resultado de los daños o perjuicios causados por mi hijo en el transcurso de su participación en la actividad. Doy mi consentimiento para que en mi ausencia el susodicho menor sea admitido en cualquier hospital o centro médico para el diagnóstico y tratamiento. Solicito y autorizo a los médicos, dentistas y personal, las licencias necesarias como doctores de medicina o médicos de odontología y otros técnicos con licencia, o las enfermeras, para llevar a cabo cualquier procedimiento de diagnóstico, procedimientos terapéuticos, procedimientos quirúrgicos y tratamiento con rayos X de los anteriores de menor importancia. No me ha dado una garantía en cuanto a los resultados del examen o tratamiento. Yo autorizo al hospital o centro médico para deshacerse de cualquier espécimen o de tejido tomadas de los menores antes mencionados.

Firma del Padre o Tutor: _____ Fecha: _____

Cuota de Inscripción:

El pago de inscripción es de $100 por niño (para ayudar con los costos de los materiales). A ningún niño se le negara la Educación Religiosa por no poder realizar el pago. Por favor, póngase 540-338-6381 en contacto con la Directora de Educación Religiosa o la Coordinadora de Educación Religiosa a St Francis de Sales.