



¡Bienvenidos!

¡Nos alegra mucho que haya elegido inscribir a su hijo/a en nuestro Programa de Formación en la Fe iThirst! Esperamos dar la bienvenida a su familia y acompañar a su hijo/a mientras crece en su fe y fortalece su relación con Cristo.

□ PRIMERO LO MÁS IMPORTANTE

Su familia debe estar registrada como feligresa de la Parroquia San Vicente de Paúl antes de inscribir a su(s) hijo(s).

¿Todavía no están registrados? ¡No hay problema! Regístrese en línea en svdprogers.com, o visite la Oficina de la Iglesia:

- Lunes–Jueves: 9am – 5pm
- Viernes: 9am – 12pm

□ COMPLETE SU INSCRIPCIÓN

La inscripción de su hijo/a no estará completa hasta que se hayan entregado todos los formularios y documentos requeridos.

- Formulario de Inscripción
- Formulario de Circle of Grace
- Formulario de Conducta y Expectativas del Estudiante
- Certificado de Bautismo O Acta de Nacimiento
- Certificado de Primera Comunión (si corresponde)

Los formularios completos pueden entregarse en la Oficina de la Iglesia o enviarse por correo electrónico a: jessicas@svdprogers.com

Les recomendamos entregar todos los formularios y documentos requeridos lo antes posible, ya que los espacios en nuestras clases son limitados. Nos encantaría poder recibir a todos los niños en nuestro programa, no podemos garantizar un lugar si las clases ya han alcanzado su capacidad al momento de entregar la inscripción. Si los espacios disponibles ya están ocupados, su hijo/a será colocado/a en una lista de espera.

□ CUOTAS DE INSCRIPCIÓN

Preparación Sacramental — \$70 por niño/a

- Para niños que se preparan para sacramentos como la Primera Comunión y la Confirmación.

Formación Continua / Estudio Bíblico — \$35 por niño/a

- Para niños que participan en Estudio Bíblico (Formación Continua).

¡Gracias por confiarnos la formación en la fe de su hijo/a!

Es una bendición acompañar a su familia. ¡Esperamos tener un maravilloso año juntos!

Formación de Fe Formulario de Registración

Programa de iThirst | 2026-2027

Family ID# _____ Parishioner Status: CURRENT NEW Class Day: _____

Nombre del Estudiante: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Grado Escolar Actual: _____ Edad: _____ Sexo: M / F
Dirección de Casa: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Nombre de Madre: _____ #de Tél: _____
Nombre de Padre: _____ #de Tél: _____
Email de Padre: _____ Email de Madre: _____

INFORMACIÓN SACRAMENTAL DEL ESTUDIANTE

(Marque y complete la información indicada para los sacramentos que ha recibido su hijo/a)

- ☐ Bautizo ----- Nombre de Iglesia: _____ Ciudad & Estado: _____ Año Aprox: _____
☐ Primera Comunión ----- Nombre de Iglesia: _____ Ciudad & Estado: _____ Año Aprox: _____
☐ Reconciliación ----- Nombre de Iglesia: _____ Ciudad & Estado: _____ Año Aprox: _____
☐ Confirmación ----- Nombre de Iglesia: _____ Ciudad & Estado: _____ Año Aprox: _____
☐ Mi hijo/a aún **no ha** recibido ninguno de los Sacramentos enumerados anteriormente.

CONSENTIMIENTO & EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para que mi hijo(a) participe en las actividades y clases organizadas por el Programa de Formación en la Fe de San Vicente de Paúl desde el 1 de junio de 2026 hasta el 31 de julio de 2027. Acepto no responsabilizar a la Diócesis, a la parroquia ni a su personal, voluntarios o representantes por lesiones o pérdidas, a menos que sean resultado de descuido o negligencia.

Autorización de Medios y Comunicación (Por favor marque una opción):

- ☐ **Si**, doy permiso a la iglesia de San Vicente de Paúl para tomar y utilizar fotografías o videos de mi hijo(a) para fines de la iglesia y/o la diócesis, tales como publicaciones o contenido en línea.
☐ **No**, no doy permiso a la iglesia de San de Vicente de Paul para utilizar fotografías o videos de mi hijo(a) para fines de la iglesia y/o la diócesis, tales como publicaciones o contenido en línea.

Firma del Padre/Tutor

Fecha de Hoy

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

(EFFECTIVO DESDE 1 DE JUNIO, 2026 al 31 DE JULIO, 2027)

Información de Contacto de Emergencia

En caso de una emergencia y no poder comunicarse conmigo, favor de contactar a:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____
Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

CONSENTIMIENTO MÉDICA
(EFFECTIVO DESDE 1 DE JUNIO, 2026 al 31 DE JULIO, 2027)

Medicamentos (Por favor marque una opción):

- ☐ **Si**, mi hijo(a) actualmente toma medicamentos y proporcionaré los detalles necesarios a continuación
- ☐ **No**, mi hijo(a) actualmente no toma ningún medicamento

Medicamento(s): _____ Dosis: _____

Medicamentos Continuada (Por favor marque una opción):

- ☐ Por la presente **NO DOY PERMISO** para administrar ningún tipo de medicamento, ya sea con o sin receta médica a mi hijo(a) a menos de que la situación sea de vida o muerte y que se requiera tratamiento urgente.
- ☐ Por la presente **DOY PERMISO** para administrar medicamento con o sin receta médica (como Tylenol, pastillas para la garganta, jarabe para la tos) a mi hijo(a), si fuese recomendable.

INFORMACIÓN SOBRE CONDICIONES MÉDICAS

(El personal de la iglesia se asegurará de mantener confidencialmente la siguiente información)

¿Su hijo(a) ha sido diagnosticado(a) con alguna condición médica o limitación? Por favor explique: _____

¿Su hijo(a) recibe ayuda especial en la escuela? Por favor explique: _____

Su hijo (a) tiene alguna alergia? Por favor explique: _____

Su hijo(a) tiene una dieta medicamente prescrita? Por favor explique: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO DEL ESTUDIANTE

(El personal de la iglesia se asegurará de mantener confidencialmente la siguiente información)

Compañía de Seguro médico:: _____ Nombre del Titular: _____

ID de Miembro (Poliza/ID del Suscriptor): _____

- ☐ No cuento con seguro médico en este momento *(Por favor marque si corresponde)*

Al firmar a continuación, afirmo que la información contenida en este documento es correcta y verdadera a mi leal saber y entender. También reconozco y acepto que es mi responsabilidad informar a San Vicente de Paul Formación de Fe (iThirst) si es necesario cambiar, enmendar o actualizar alguna de la información anterior antes de la fecha de vencimiento de este Consentimiento médico.

Firma del Padre/Tutor

Fecha de Hoy

Acuerdo de Conducta & Expectativas del Estudiante

Se le brinda la oportunidad de asistir a clases de iThirst Formation y experimentar el viaje de Primera Comunión con sus compañeros. Como tal, le pedimos que se comprometa y acepte lo siguiente:

Estoy de acuerdo con:

- Ven a clase a tiempo; Presentarse a cada una de mis clases a la hora de inicio, listo para comenzar a trabajar.
- Permanecer en el campus durante todo el tiempo de clase.
- Mostrar respeto a todos los miembros de la comunidad de aprendizaje.
- Apaga tu celular o colócalo en modo silencio. Además, no usar el teléfono ni enviar mensajes de texto durante la clase, así como no tener audífonos en los oídos durante el tiempo de clase.
- Fomentar un ambiente seguro y de apoyo absteniéndose de lenguaje soez, acoso e intolerancia.
- Resolver conflictos pacíficamente y evitar peleas dentro o fuera de la clase o en los lugares del evento.
- Compórtate respetuosamente y coopera con los catequistas o miembros del personal. Entiendo que se me permitirá expresar mis inquietudes en el momento adecuado si no estoy de acuerdo con la solicitud.
- Asumir la responsabilidad de mis pertenencias personales y respetar los bienes ajenos.
- Vístase apropiadamente; abstenerse de usar ropa que tenga signos de afiliación a pandillas o que sea inmodesta.
- No traiga armas, drogas ilegales, sustancias controladas ni alcohol a la Iglesia, a las clases ni a ningún evento de la Iglesia.
- Compartir información con el equipo central de iThirst o los miembros del personal que pueda afectar la salud, la seguridad o el bienestar de la comunidad de iThirst u otros.
- Mantener informados a mis padres/tutores sobre asuntos relacionados con la Iglesia y iThirst y asegurarme de darles cualquier información enviada a casa.

Como Padre/Tutor, y en nombre de mi hijo(a), _____, entiendo y acepto
(Nombre del Estudiante)

las siguientes reglas de comportamiento y expectativas que se le piden a mi hijo/a y que se indican anteriormente. Si se violan alguna de estas reglas, entiendo que habrá consecuencias que incluyen la expulsión del programa de iThirst.

Nombre del Padre/Tutor: _____

(Favor de Imprimir)

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____



Círculo de Gracia

Formación para jóvenes y niños

Estimados padres y tutores:

Por medio de la presente les informamos que la Parroquia de San Vicente de Paúl presentará el programa Círculo de Gracia (Circle of Grace) a nuestros estudiantes el 18 de octubre, 2026 (clases dominicales) y el 21 de octubre, 2026 (clases de los miércoles). Este programa forma parte de nuestro esfuerzo continuo para ayudar a los niños y jóvenes a comprender su dignidad y valor personal, a contribuir a la creación y el mantenimiento de un ambiente seguro, y a brindar a niños, jóvenes y padres las herramientas necesarias para proteger a los más vulnerables contra el abuso sexual. Las lecciones son apropiadas para cada edad y están diseñadas para complementar el papel fundamental de los padres como los primeros educadores en la fe.

Estas lecciones son requeridas en todas las diócesis de los Estados Unidos, y recomendamos encarecidamente que todos los padres permitan que sus hijos participen. Este programa no es educación sexual; más bien, proporciona información adecuada a la edad de los niños y jóvenes para que puedan ayudar a crear ambientes seguros y sepan qué hacer cuando sienten que una situación o entorno no es seguro. Para nuestros niños y jóvenes, nuestra diócesis utiliza el Círculo de Gracia, un programa desarrollado por la Arquidiócesis de Omaha y respaldado por Catholic Mutual Group.

Como padre o tutor, usted tiene el derecho de eximir a su hijo(a) de la lección de Círculo de Gracia. Si tiene preguntas sobre el programa o la lección, por favor comuníquese con el equipo de Formación iThirst.

Para más información sobre el programa Círculo de Gracia, visite el sitio web Circle of Grace Online™ en: www.dolr.org

Por favor revise las siguientes opciones y marque la que corresponda a su hijo(a):

☐ **Elijo eximir a mi hijo(a)** de participar en la lección de Círculo de Gracia. Entiendo que mi hijo(a) aún debe asistir a clase ese día. Mi hijo(a) será retirado(a) del salón de clases durante los 15–20 minutos que dura el tema. Si mi hijo(a) no asiste a clase ese día, se contará como una ausencia.

☐ **Doy permiso** para que mi hijo(a) participe en la lección de Círculo de Gracia con su clase.

Nombre del Estudiante: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO DE OFICINA:

☐ El estudiante estuvo ausente el día en que se presentó la lección de Círculo de Gracia.

Fecha de la lección (Encierre en un círculo): Domingo, 18 de octubre, 2026 Miércoles, 21 de octubre, 2026

Registrado por: _____ Fecha: _____

Notas (Si Aplica): _____