

Fechas importantes del Ministerio Juvenil 2021-22

Por favor, deje o envíe por correo su registro completo.
Registros y el pago deben ser entregados antes del viernes 1 de octubre.

Iglesia de St. James
1145 NE 1st Street
McMinnville, Oregón 97128

Mike Douglass, Director del Ministerio Juvenil
503-472-5232 # 233
mdouglass@stjamesmac.com

Grupo de jóvenes de secundaria/High School (grados 9-12)

7-8: 30 pm los domingos por la noche en la sala Fireside comenzando domingo 3 de octubre

Grupo de jóvenes de la escuela intermedia/ middle school (grados 6-8)

7-8: 30 pm miércoles por la noche a comenzando miércoles 6 de octubre.

RCIC / Primera Comuni3n:

9am-12pm un s3bado al mes a comenzando s3bado 9 de octubre (se dar3n fechas adicionales en la primera clase). Esto es para estudiantes de secundaria/middle school (grados 6-8) que desean ser bautizados y / o hacer su Primera Comuni3n. Los padres de los estudiantes se requieren que asistan a estas clases de los s3bados con sus hijos.

Confirmaci3n (Grados 9-12)

3: 30-6pm Las clases ser3n el segundo domingo del mes comenzando domingo 10 de octubre.

Ministerio Juvenil de St. James

Año escolar 2021-22

Registración debe ser ENTREGADO: viernes, octubre 1

Nombre completo del estudiante: _____

Grado _____ Escuela _____

Número de Teléfono de Emergencia: _____

Dirección _____ Ciudad _____

Nombre de la Mama: _____

Nombre del Papa: _____

¿Cómo desea que nos comuniquemos con usted si tenemos información importante, como una clase cancelada? Un mensaje puede ser enviado a su correo electrónico o un mensaje de texto a su teléfono celular (circule uno)

Celular _____

Correo Electrónico _____

Marque los programas en los que participará este año:

- ___ **Grupo Juvenil de estudiantes de Middle School** los miércoles por la noche (grados 6-8)
- ___ **RCIC**, para estudiantes de Middle School que necesitan ser bautizados y / o hacer su primera comunión. Las clases serán el primer sábado de cada mes a partir de octubre
- ___ **Grupo Juvenil de estudiantes de High School** los domingos por la noche (grados 9-12)
- ___ **Preparación para la Confirmación** (grados 9-12) Las clases serán el Segundo domingo de cada mes a partir de octubre

Si su hijo va a hacer su Primera Comunión o Confirmación, necesitaremos obtener una copia de su Certificado de Bautismo cuando entregue esta registración.

Si su hijo estará preparado para la Confirmación o la Primera Comunión, ¿en qué idioma querrá que esté preparado? (marque uno) inglés o español

- **Costo de registración por estudiante es de \$100.00**
- **Cantidad pagado _____ pagado con cheque _____ Fecha de pago _____**

Si desea hacer pagos mensuales para su registración, puede coordinarlos con Mike Douglass o la oficina parroquial.



PARROQUIA/ESCUELA FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE EMERGENCIA PARA ESTUDIANTES/JÓVENES

INFORMACIÓN DE UBICACIÓN: Escuela Parroquia Fecha: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Cód. Postal: _____

PERSONA DE CONTACTO

Nombre: _____ Teléfono: _____ Email: _____

INFORMACION DEL NIÑO/A

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Cod. postal: _____

Padre(s)/Guardián(es): _____

Persona con la que vive el niño/a: _____

Nombre de las personas a notificar en caso de una emergencia:

Nombre: _____ Teléfono 1: _____ 2: _____

Nombre: _____ Teléfono 1: _____ 2: _____

Nombre: _____ Teléfono 1: _____ 2: _____

Nombre del doctor de la familia: _____ Teléfono: _____

Fecha de la última inmunización ó refuerzo contra el tétano: _____

Alergias (comida, medicamentos, insectos, etc): _____

Está el niño/a, actualmente, bajo algún medicamento? Sí No Si sí, por favor explique a continuación:

Nombre: _____ Dosis: _____ Motivo para el medicamento: _____

Nombre del médico que prescribe: _____ Teléfono: _____

Por favor, anote cualquier herida, cirugía reciente, enfermedad prolongada, medicamento actual, lentes correctivos, problemas especiales de salud u otros asuntos que requieran especial atención, que podrían ayudar al personal de emergencia a proporcionar el cuidado apropiado para su niño/a:

INFORMACIÓN DEL SEGURO MEDICO:

Nombre de la compañía del seguro médico: _____

Número de identificación o del grupo: _____

Yo, autorizo a la Parroquia/Escuela y a sus representantes a usar su juicio para determinar el cuidado y procedimiento médico para mi niño/a. Entiendo y estoy de acuerdo también, que la Parroquia/Escuela no assume ninguna responsabilidad financier por los gastos incurridos por el servicio y transporte de emergencia.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

POR FAVOR ACTUALICE ANUALMENTE ESTA INFORMACION Y CONSERVELA EN EL EXPEDIENTE DEL ESTUDIANTE/JOVEN

EIY-Sp 09/17