Select One ☐1st Year Catechism ☐ 2nd Year First Communion ☐ Completed Sacraments (Formation)

Select Day & Time ☐ Wednesday 615-730 PM (English) ☐ Homeschool

☐ sábado 9-1020 AM (Español) ☐ sábado 1040 AM-12 PM (Español)

Child’s Information

**Full Name (as on Baptism Certificate) ☐ M ☐ F Date of Birth**

Sacraments Received ☐ Baptism ☐ Reconciliation ☐ First Communion

Attended Religious Education at Mary Immaculate Church in the past? ☐ YES ☐ NO ☐ Other \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2024-25 School \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ District \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

School grade in September: ☐ Pre-K ☐Kindergarten ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

Does your child have any medical needs or learning differences that we should know about?

☐ Yes ☐ No If yes, information will only be shared with your child’s catechist.

Please disclose: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Allergies: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parents or Guardian Information

Mother Full Name Marital Status Relationship to Child

Phone Number Email Address Religion

Father Full Name Marital Status Relationship to Child

Phone Number Email Address Religion

Child lives with: ☐ Both Parents ☐ Father ☐ Mother ☐ Other \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Home Address What Mass time do you attend? Church you attend?

**Emergency contact:** *(Other than parent)*

Full Name Cell Phone Relationship to Child

I hereby authorize my child’s participation in Mary Immaculate Church Religious Education in Farmers Branch, TX. I understand all reasonable precautions will be taken to keep my child safe during Mary Immaculate activities. I will not hold Mary Immaculate Church, the Diocese of Dallas, members of their staff or volunteers, responsible for accidental harm or injury that may occur during this activity. I am authorized to do so by law, and I authorize the administration of emergency medical treatment for the subjects of this release form. I understand I will be notified immediately. If I cannot be reached, I consent to the actions of the attending physician, dentist, or medical professional. I hereby release Mary Immaculate and its agents from liability for action taken pursuant to this release. I agree to allow Mary Immaculate employees or volunteers to take video recordings, audio recordings, or photography of my child to be used for administrative or promotional purposes, including but not limited to Mary Immaculate bulletin, website and social media pages.

Parent Signature Date

Elige Una ☐1⁰ Año Catecismo ☐ 2⁰ Año Primera Comunión ☐ Completo Sacramentos (Formación)

Select Day & Time ☐ miercoles 615-730 PM (ingles) ☐ Homeschool

☐ sábado 9-1020 AM (español) ☐ sábado 1040 AM-12 PM (español)

Información del Niño o Niña

**Nombre Completo (como en Acto de Bautismo) ☐ M ☐ F Fecha de Nacimiento**

Sacramentos Recibidos ☐ Bautismo ☐ Reconciliación ☐ Primera Comunión

¿Asistió Educación Religiosa en Maria Inmaculada en el pasado? ☐ SI ☐ NO ☐ Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2024-25 Escuela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Distrito\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grado escolar en septiembre: ☐ Pre-K ☐Kindergarten ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

**¿Tiene su niño algún impedimento de aprendizaje o médico que debamos saber?** ☐Sí ☐No

Si es así ¿qué tipo de situación? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Información de Padres o Guardian

Madre Nombre Completo Estado Civil Relación con el niño

Número de Teléfono Correo Electrónico Religión

Padre Nombre Completo Estado Civil Relación con el niño

Número de Teléfono Correo Electrónico Religión

Estudiante vive con: ☐ Ambos Padres ☐ Padre ☐ Madre ☐ Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccion de Hogar ¿Cual horario de Misa asiste? ¿Qué iglesia asiste?

**Contacto de Emegencia:** *(que no sea madre o padre)*

Nombre Completo Teléfono Relación con el niño

Por la presente autorizo ​​la participación de mi hijo en la Educación Religiosa de la Iglesia María Inmaculada en Farmers Branch, TX. Entiendo que se tomarán todas las precauciones razonables para mantener a mi hijo seguro durante las actividades de María Inmaculada. No responsabilizaré a María Inmaculada, la Diócesis de Dallas, miembros de su personal o voluntarios, por daños o lesiones accidentales que puedan ocurrir durante esta actividad. Estoy autorizado a hacerlo por ley, y autorizo ​​la administración de tratamiento médico de emergencia para los sujetos de este formulario de divulgación. Entiendo que se me notificará de inmediato. Si no se me puede localizar, doy mi consentimiento para las acciones del médico, dentista o profesional médico que lo atiende. Por la presente eximo a María Inmaculada y sus agentes de responsabilidad por las medidas tomadas de conformidad con este comunicado. Acepto permitir que los empleados o voluntarios de María Inmaculada tomen grabaciones de video, grabaciones de audio o fotografías de mi hijo para fines administrativos o promocionales, incluidos, entre otros, el boletín, el sitio web y las páginas de redes sociales de María Inmaculada.

Firma de Padres:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_