



St. Anthony of Padua

156 Maxwell Avenue † Hightstown, NJ 08520
609-448-0141 ext. 21 † Fax: 609-448-8878 † Email: vbonilla@stanthonychurch.org



2025 Summer Parish Religious Education Program - New Student Form

STUDENT INFORMATION (INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE)

Last Name, First Name (Apellido, Nombre)	Date of Birth (Fecha de nacimiento)	City of Birth (Ciudad de Nacimiento)	Age (Edad)	Gender (M/F) (Genero (M/F))	School Grade 25-26 (Grado Escolar 25-26)

SACRAMENT INFORMATION (INFORMACIÓN DE SACRAMENTOS)

	Date (Fecha)	Church (Iglesia)	Location/Town (Ubicación/Ciudad)
Baptism (Bautizo): Yes ☐ / No ☐	_____	_____	_____
First Reconciliation (Primera Reconciliación): Yes ☐ / No ☐	_____	_____	_____
First Eucharist (Primera Eucaristía): Yes ☐ / No ☐	_____	_____	_____
Confirmation (Confirmación): Yes ☐ / No ☐	_____	_____	_____
Other (Otro): _____ Baptized in another denomination (Bautizado en otra denominación) _____ RCIA/RICA Baptized after age 7 (Bautizado después de los 7 años) _____			

***COPY OF BAPTISMAL CERTIFICATE MUST BE ATTACHED IN ORDER TO PLACE IN A CLASS**
***COPIA DEL CERTIFICADO BAPTISMAL DEBE ADJUNTARSE PARA SER REGISTRADO EN UNA CLASE**

HEALTH INFORMATION (INFORMACION MÉDICA)

* Does your child have an IEP (Individualized Educational Plan) (Su hijo tiene un IEP (Plan Educativo Individualizado)? ☐ Yes (Sí) ☐ No ☐
If yes, please attached a copy (Si es así, por favor adjunte una copia) _____

* Does your child have special needs? (Su hijo tiene necesidades especiales?) ☐ Yes (Sí) ☐ No ☐
If yes, please specify (Si es así, por favor especifique) _____

* Does your child have any medical condition - allergies, medication, physical? If yes, please explain ☐ Yes (Sí) ☐ No ☐
Tiene su hijo alguna condición médica - alergias, medicamentos, física? Si es así, por especifique _____

CUSTODIAL AGREEMENT (ACUERDO DE CUSTODIA)

Is there a custodial agreement? ☐ Yes (Sí) ☐ No ☐ ?) If yes, please specify _____
¿Hay un acuerdo de custodia? Si es así, por favor especifique _____

LANGUAGE INFORMATION (INFORMACION DE IDIOMA)

Student Language Preference (Preferencia de idioma del estudiante)	☐ English (Ingles)	☐ Spanish (Español)
Parent Language Preference (Preferencia de idioma de los padres)	☐ English (Ingles)	☐ Spanish (Español)

PLEASE FILL OUT REVERSE SIDE OF FORM AND SIGN (POR FAVOR COMPLETAR EL OTRO LADO DEL FORMULARIO Y FIRMAR)

FOR OFFICE USE ONLY (SÓLO PARA USO DE LA OFICINA):

CLASS

FAMILY INFORMATION (INFORMACIÓN FAMILIAR)

Mother's Full Name <i>(Nombre Completo de la Madre)</i>	Mother's Maiden Name <i>(Apellido de Soltera)</i>	Deceased [Yes or No] <i>Difunta [Si o No]</i>
Mother's Address <i>(Dirección de la Madre)</i>	City/State/Zip Code <i>(Ciudad/Estado/Código Postal)</i>	Mother's Religion <i>(Religion de la Madre)</i>
Mother's Home Phone <i>(Teléfono de casa de la Madre)</i>	Cell Phone <i>(Celular)</i>	Email <i>(Correo Electrónico)</i>
Father's Full Name <i>(Nombre Completo del Padre)</i>		Deceased [Yes or No] <i>Difunto [Si o No]</i>
Father's Address <i>(Dirección del Padre)</i>	City/State/Zip Code <i>(Ciudad/Estado/Código Postal)</i>	Father's Religion <i>(Religion del Padre)</i>
Father's Home Phone <i>(Teléfono de la casa del Padre)</i>	Cell Phone <i>(Celular)</i>	Email <i>(Correo Electrónico)</i>
Legal Guardian if Different Than Above <i>(Guardián legal si es diferente a la información previa)</i>		
Address <i>(Dirección)</i>	City/State/Zip Code <i>(Ciudad/Estado/Código Postal)</i>	
Guardian's Home Phone <i>(Teléfono de Casa del Guardián)</i>	Cell Phone <i>(Celular)</i>	Email <i>(Correo Electrónico)</i>

EMERGENCY CONTACT INFORMATION (INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA)

In case of an emergency, when the parent/guardian/spouse cannot be reached *(En caso de emergencia, cuando el padre / tutor / cónyuge no puede ser contactado)*

Name *(Nombre)*: _____ Cell *(Celular)*: _____

Relationship *(Relación)*: _____ Other # *(Otro #)*: _____

Address *(Dirección)*: _____ City *(Ciudad)*: _____ Zip *(Código postal)*: _____

SELF DISMISS/ATTENDANCE/OTHER (AUTORIZACIÓN DE SALIR SOLO/ASISTENCIA/OTROS)

CLASSES: All grades will have in-person classes. I understand that in cases of contingency, the program will continue using a hybrid or virtual model. // *Todos los grados tendrán clases presenciales. Entiendo que en caso de contingencia, el programa continuará con un modelo híbrido o virtual.*

SELF DISMISS GRADES 3-6 (AUTORIZACIÓN DE SALIR SOLO GRADOS 3-6): Students are NOT allowed to "self-dismiss" from their classes, except when prior written permission from the parent/guardian is on file with our office. // *A los estudiantes NO se les permite salir solo de sus clases, excepto cuando el permiso previo por escrito del padre/tutor está en el archivo de nuestra oficina.*

ATTENDANCE POLICY (POLIZA DE ASISTENCIA): Absences are not allowed during the Summer Program. Every student is expected to attend Mass each weekend. These requirements are mandatory as part of our Preparation Program. // *No se permiten inasistencias durante el Programa de Verano. El estudiante debe asistir a Misa cada fin de semana. Estos requisitos son obligatorios como parte de nuestro Programa de Preparación.*

PERMISSION FOR PHOTO/VIDEO: I consent to the use of any videotapes and/or photographs in which my child may appear. I understand that these materials are being used for promotion of the Parish Religious Education Program and/or activities, which may include recruitment and fundraising efforts. // *Yo doy mi consentimiento para el uso de videos y/o fotografías en a que mi hijo puede aparecer. Yo entiendo que estos materiales serán utilizados para la promoción del Programa de Educación Religiosa y/o actividades, en la parroquia incluyendo los esfuerzos de reclutamiento y recaudación de fondos.*

Signature Parent/Legal Guardian Signature
(Firma del Padre/o Guardián Legal)

Date
(Fecha)

1 Student: \$125; 2 Students: \$220; 3 Students: \$305; \$60 for each additional above 3

For Office Use Only
(Solo para uso de la oficina)

Amount \$: _____		Online: _____	
Cash: _____	Check #: _____	Card: _____	
Date	Paid	Balance	
Payment #1 _____			
Payment #2 _____			
Payment #3 _____			
Invoice # _____			



St. Anthony of Padua Church

SUMMER PROGRAM - HEALTH FORM 2025 PROGRAMA DE VERANO - FORMULARIO DE SALUD 2025

Student (Estudiante): _____ Birth Date: (Fecha de Nacimiento) _____ Grade (Grado): _____

Current Medications (Medicamentos Actuales):

Allergies (Food/Drug/Other): Alergias (Comida/Medicamentos/Otros):

Let us know if your child has any special health needs: (Escriba si su hijo tiene alguna necesidad de salud):

Indicate if you give permission for the Health Coordinator/Nurse to administer the following to your child: (Escriba si su hijo tiene alguna necesidad de salud):

YES (Si)	NO	Neosporin/Antibiotic Ointment
YES (Si)	NO	Calamine Lotion
YES (Si)	NO	Antiseptic Wound Wash

YES(Si) NO N/A I give permission for the Health Coordinator/Nurse to assist my child with administration of inhalers or epi-pens **Epi-Pens should be brought to the Health Coordinator/Nurse in a sealed zip lock Bag with your child's name on it before class begins.**

Doy permiso para que el Coordinador de Salud/Enfermera ayude a mi hijo con administración inhaladores o epi-pens. Los Epi-Pens deben ser llevados a la Coordinadora de Salud/Enfermera en una bolsa sellada con cierre hermético con el nombre de su hijo antes de que comience la clase

YES(Si) NO Does your child require use of an inhaler (Albuterol/Flovent)? If so, please request a form from your child's physician stating how to administer.

¿Requiere su hijo el uso de un inhalador (Albuterol/Flovent)? Si es así, por favor solicite un formulario al médico de su hijo que indique cómo administrarlo.

YES(Si) NO I give permission for the Health Coordinator/Nurse to contact Emergency Medical Services and consent to my child being transported to a medical facility should a medical emergency occur.

Doy permiso para que el Coordinador de Salud/Enfermera se comuniqué con Servicios Médicos de Emergencia y doy consentimiento para que mi hijo sea trasladado a un centro médico en caso de emergencia médica.

Name of Parent (please print)

Signature

Date

RELIGIOUS EDUCATION PROGRAM
SELF DISMISSAL SUMMER 2025
Only Grades 5 & 6

It is the policy of St. Anthony Parish that students are not allowed to "self-dismiss" from the building, except when prior **written permission** from the parent/guardian is on file with St. Anthony Parish Office. Parents with children in **grades 3 & 4** must pick them up at the GYM. For grades 5 & 6 parents must sign this self-dismissal form.

By submitting this written consent, the parent/guardian gives permission and releases St. Anthony Parish from any liability associated with the child leaving St. Anthony Parish school building without a parent/guardian or other authorized adult.

I grant permission for my child to "self-dismiss from the classes" My child will be leaving the building by him/herself and will be walking home, taking a taxi or an adult will wait for him/her in the parking lot. By signing below, I certify that I am a custodial parent or legal guardian of _____

(Students Name)

I grant permission for my child to "self-dismiss" from the school building. I hereby indemnify and hold harmless St. Anthony Parish from any and all liabilities incident to my child's "self-dismiss" after classes.

Please print Parent/Guardian Name

Signature of Parent/Guardian

Date

Español

PROGRAMA DE EDUCACION RELIGIOSA
CONSENTIMIENTO DE SALIDA VERANO 2025
Solo Grados 5 & 6

La política de la Parroquia de San Antonio es que los estudiantes NO están autorizados a salir solos del edificio, excepto cuando un **permiso previo por escrito** del padre/tutor está archivado en la Oficina de la Parroquia de San Antonio. Los padres con hijos en **3º y 4º grado deben recogerlos en el gimnasio. Para los de 5º y 6º grado, deben firmar este formulario de auto-despedida.**

Al presentar este consentimiento por escrito, el padre/tutor da permiso y libera a la Parroquia de San Antonio de cualquier responsabilidad asociada con la salida del niño del edificio escolar de la Parroquia de San Antonio sin un padre/tutor u otro adulto autorizado.

Doy permiso para que mi hijo "se retire solo(a) del edificio escolar". Mi hijo saldrá solo del edificio y caminará a casa, tomará un taxi o un adulto lo esperara en el parqueadero. Al firmar a continuación, certifico que soy el padre con custodia o tutor legal de _____

(Students Name)

Doy permiso para que mi hijo pueda "salir solo" del edificio escolar. Por la presente eximo de toda responsabilidad a la Parroquia de St. Anthony de cualquier responsabilidad relacionada con la "salida solo" de mi hijo después de clases.

Nombre del Padre, Madre o Tutor legal

Firma Del Padre, Madre o Tutor

Fecha