



# 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 **Renew Form**

### STUDENT INFORMATION *(INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES)*

Last Name, First Name <i>(Apellido, Nombre)</i>	Age <i>(Edad)</i>	School Grade <i>Grado Escolar 2025-2026</i>	Does your child have an IEP or Special Needs? Yes/No <i>Su hijo tiene IEP o Necesidades Especiales? Si / No</i>	Rel. Ed. Class <i>(For office use only)</i>
1.				
2.				
3.				
4.				

If your child have an IEP *(Individualized Educational Plan)*, please attach copy.  
*Si su hijo tiene un IEP (Plan Educativo Individualizado), por favor adjunte una copia.*

- Does your child have special needs? *(Su hijo tiene necesidades especiales?)* **Yes/Sí**  **No**   
If yes, please specify. *(Por favor especifique)* \_\_\_\_\_
- Does your child have any medical condition? *(Tiene su hijo alguna condición médica?)* **Yes/Sí**  **No**   
If yes, please specify. *(Por favor especifique)* \_\_\_\_\_

### FAMILY INFORMATION *(INFORMACIÓN FAMILIAR)*

<b>Mother's Full Name</b> <i>(Nombre Completo de la Madre)</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 Posta)</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>
<b>Father's Full Name</b> <i>(Nombre Completo del Padre)</i>		Deceased [Yes or No] <i>Difunta [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>
<b>Legal Guardian if Different Than Above</b> <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)*

For Office Use Only (Solo para uso de la oficina)			
Amount \$:	_____	Online:	_____
Cash:	_____	Check#:	_____
		Card:	_____
	<b>Date</b>	<b>Paid</b>	<b>Balance</b>
Payment #1	_____	_____	_____
Payment #2	_____	_____	_____
Payment #3	_____	_____	_____
Invoice #	_____		

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



# 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