



St. Boniface
Religious Education

ST. BONIFACE RELIGIOUS EDUCATION DEPARTMENT

Re- Registration Form

2024-2025

Office phone number: (954) 432-2750

www.saintboniface.us

Student Name: _____ **Age:** _____ **School:** _____ **Grade (24-25)** _____

Parent's e-mail address: _____

PLEASE INDICATE WHICH SESSION IN RELIGIOUS EDUCATION AND SCHOOL GRADE YOUR CHILD WILL ATTEND:

First year of preparation for First Reconciliation and First Communion: _____

Second year of preparation for First Reconciliation and First Communion: _____

Continue Religious Education _____

First year of preparation for confirmation _____ Second year of preparation for confirmation _____

Grade 1 ___ Grade 2 ___ Grade 3 ___ Grade 4 ___ Grade 5 ___ Grade 6 ___ Grade 7 ___ Grade 8 ___ Grade 9 _____

STUDENT EMERGENCY INFORMATION

EMERGENCY CONTACT: (Please write other than parent/guardian names as Emergency Contact)

1. _____ CELL _____ HOME _____

2. _____ CELL _____ HOME _____

Indicate Special Health Concerns: _____

Physician: _____ Phone: (_____) _____

Hospital of choice: _____ Phone: (_____) _____

Address: _____

I, the undersigned, do hereby authorize officials of Saint Boniface Religious Education Department to contact directly the person named on this form and do authorize the named physician or his/her designee to render such treatment as may be deemed necessary in an emergency, for the health of said student. In the event that physicians or other person listed on this form cannot be contacted, the Religious Education Department officials are hereby authorized to take whatever action deemed necessary in their judgment for the health of the aforesaid student. I will not hold St. Boniface Catholic Church financially responsible for the emergency care and/or transportation for said students.

Parent/Guardian signature: _____

Date: ____/____/____

I, as parent/guardian, and my student agree to abide by the rules and regulations of St. Boniface Religious Education Program.

Tuition and Fees (per year):

One Child: _____ \$145

Two Children: _____ \$95

Three or More Children: _____ \$70

First Communion Fee: _____ \$70

Confirmation Fee: _____ \$80

Bible Fee: _____ \$35

Gown Fee: _____ \$20

For office use only

Number of Children Enrolled: _____ Total due:\$ _____

Tuition:\$ _____ Amount Paid :\$ _____

Sacrament/Bible Fees: \$ _____ Amount due:\$ _____

Check#: _____ Cash: (Receipt #) _____



St. Boniface
Religious Education

ST. BONIFACIO DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN RELIGIOSA

Forma de Re-inscripción

2024-2025

Teléfono oficina: (954) 432-2750

www.saintboniface.us

Nombre del estudiante: _____ Edad _____ Colegio _____ Grado (24-25) _____

Correo-e del padre, madre o Rep. Legal: _____

POR FAVOR INDIQUE CUAL SESIÓN EN EDUCATION RELIGIOSA Y GRADO ESCOLAR ATENDERA SU HIJO:

Primer año de preparación para primera reconciliación y primera comunión: _____

Segundo año de preparación para primera reconciliación y primera comunión : _____

Continue Religious Education _____

Primer año de preparación para confirmación _____

Segundo año de preparación para confirmación _____

Grado 1 ____ Grado 2 ____ Grado 3 ____ Grado 4 ____ Grado 5 ____ Grado 6 ____ Grado 7 ____ Grado 8 ____

Información en caso de emergencia de el estudiante

CONTACTO DE EMERGENCIA: (POR FAVOR ESCRIBA PERSONAS DIFERENTES AL PADRE O REPRESENTANTE LEGAL)

1. _____ CEL _____ CASA _____

2. _____ CEL _____ CASA _____

Indique cualquier condición de salud especial: _____

Doctor: _____ teléfono: (_____) _____

Hospital de elección: _____ teléfono: (_____) _____

Dirección: _____

Yo, el abajo firmante, autorizo a los funcionarios del Departamento de Educación Religiosa de San Bonifacio a contactar directamente a la persona nombrada en este formulario y autorizo al médico nombrado o a su representante a prestar el tratamiento que se considere necesario en caso de emergencia, para el la salud de dicho estudiante. En caso de que los médicos u otras personas enumeradas en este formulario no puedan ser contactados, se autoriza a los funcionarios del Departamento de Educación Religiosa a tomar las medidas que consideren necesarias a su juicio para la salud del estudiante mencionado. No responsabilizaré financieramente a St. Boniface Catholic Church por la atención de emergencia y / o el transporte de dichos estudiantes.

Firma del padre o acudiente: _____

Fecha: ____/____/____

Yo, como padre o representante legal , y mi hijo o representado, estamos de acuerdo con las reglas y regulaciones del departamento de Educación religiosa de San Bonifacio.

Tuition and Fees (per year):

One Child: _____ \$145

Two Children: _____ \$95

Three or More Children: _____ \$70

First Communion Fee: _____ \$70

Confirmation Fee: _____ \$80

Bible Fee: _____ \$35

Toga de Confirmacion : _____ \$20

For office use only

Number of Children Enrolled: _____ Total due:\$ _____

Tuition:\$ _____ Amount Paid :\$ _____

Sacrament/Bible Fees: \$ _____ Amount due:\$ _____

Check#: _____ Cash: (Receipt #) _____