

Corpus Christi R.C. Church
Religious Education Program
2016-2017
Registration Form

(for office use only)

Amount \$ _____

Receipt # _____

Family ID: # _____

Date: _____

INFORMACIÓN DE LA MADRE

Mrs. (Sra.)

Ms.

jefe de familia

madre soltera

Nombre de la madre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____ Ocupación: _____

Sacramentos obtenidos: Bautismo Comunión Confirmación Matrimonio (Católica) casamiento (civil)

INFORMACIÓN DEL PADRE

Mr. (Sr.)

jefe de familia

padre soltero

Nombre del padre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____ Ocupación: _____

Sacramentos obtenidos: Bautismo Comunión Confirmación Matrimonio (Católica) casamiento (civil)

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Dirección: _____ Apt. #: _____

Cuidad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

NÚMEROS DE TELÉFONO

Casa: () - _____

Celular del padre: () - _____

Celular del madre: () - _____

CORREO ELECTRÓNICO

correo electrónico del padre: _____

correo electrónico de la madre: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre completo: _____ Relación a la familia: _____

Dirección: _____ Apt. #: _____

correo electrónico: _____

Teléfono: () - _____ Celular: () - _____

A que Misa va con su familia: _____

Que lenguaje habla en su casa (Marque todo lo que es aplicable):

inglés

español

otro: _____

Numero de niños que van a registrar:

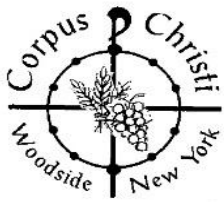
①

②

③

④

otro: _____



**Corpus Christi R.C. Church
Religious Education Program
2016-2017
Registration Form**

Información de Alumno – LLENE POR FAVOR UNA FORMULARIO POR CADA Alumno

Participo en el programa de Corpus Christi el año pasado	
SI	_____
No	_____

Family ID: # _____

Date: _____

Nombre del niño/niña: _____		
primero	segundo	apellido
Fecha de nacimiento: _____ \ _____ \ _____	Lugar de nacimiento: _____	
Año escolar del septiembre de 2016-17: _____	Esquela: _____	
Nombre del padre: _____		
primero	apellido	
El niño/niña esta educación especial: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Programa ESL: _____	
Razón: _____		

OTROS HERMANOS EN EL PROGRAMA	
Nombre: _____	Año escolar: _____
Nombre: _____	Año escolar: _____
Nombre: _____	Año escolar: _____
Nombre: _____	Año escolar: _____

INFORMACIÓN SACRAMENTAL			
Mi hijo/hija a recibido:	<input type="checkbox"/> Bautismo	<input type="checkbox"/> Comunión	<input type="checkbox"/> ninguna
Fecha de bautizo: _____ \ _____ \ _____	¿Copia?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> C.C
mes	día	año	
La parroquia y la ciudad de Bautismo: _____			
Fecha de la Primera Comunión: _____ \ _____ \ _____	¿Copia?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> C.C
mes	día	año	
La parroquia y la ciudad de la Primera Comunión: _____			

