

St. Jude Campus
RELIGIOUS EDUCATION REGISTRATION FORM

(REGISTRO PARA INSTRUCCIÓN RELIGIOSA)
(Please complete both sides.)(Rellene ambos lados.)

STUDENT INFORMATION *(INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE)*

DATE(FECHA) _____

1. Student Name:
(Nombre del Estudiante) _____

2. Male (Hombre) _____ **Female**(Mujer) _____ **Ethnic Group** (Grupo Étnico) _____
(mexicano, centroamericano, sudamericano, europeo, puertorriqueño)

3. Birthdate (Fecha de Nacimiento) _____ **Birthplace** (Lugar de Nacimiento) _____

4. Public School Attending (Escuela Pública a la que asiste) _____ **Grade** (Grado) _____

5. Religious Education Program last attended (Enseñanza Religiosa, Último Programa Cursado) _____
_____ **Dates**(Fechas de) _____ / _____ / _____ **To** (a) _____ / _____ / _____

6. Student lives with: Father (el padre) _____ **mother**(la madre) _____ **both**(ambos) _____ **other**(otra persona) _____
(El Estudiante vive con:)

FAMILY INFORMATION(Información Familiar):

7. Father Name (Padre Nombre de Pila): _____ (Apellido Paterno) _____

8. Mother Name (Madre) _____ (Apellido) _____

9. Address (Direccion Secundaria): _____ **Phone** (Teléfono) _____

10. Language spoken in home: (qual idioma se habla en casa?) _____

MEDICAL/SPECIAL NEEDS INFORMATION: *(INFORMACIÓN MÉDICA/MINUSVALIDOS:)*

10. Allergies (Alergias) _____ **Medicines** (Medicinas) _____

11. Chronic Illness/Disabilities _____
(Enfermedades Crónicas/Incapacidad Física)

For First Communion Applicants (Comunión) Sacramental Records(INFORMACIÓN SACRAMENTAL)

12. Baptized (Bautizo) _____ YES(Sí) _____ NO(No) _____ **DATE** (Fecha) _____ / _____ / _____

NAME OF CHURCH _____
(Nombre de Iglesia) _____ **City** (Ciudad) _____ **State**(Estado) _____

13. Reconciliation(Reconciliación ó Confesión) _____ YES(Sí) _____ NO(No) _____ **DATE** (Fecha) _____

NAME OF CHURCH _____
(Nombre de Iglesia) _____ **City** (Ciudad) _____ **State** (Estado) _____

14. First Communion(Primera Comunión) _____ YES(Sí) _____ NO(No) _____ **DATE** (Fecha) _____

NAME OF CHURCH _____
(Nombre de Iglesia) _____ **City** (Ciudad) _____ **State**(Estado) _____

EMERGENCY INFORMATION:

(INFORMACIÓN DE EMERGENCIA:)

Alternate Emergency Name (*Contacto de Emergencia*) _____ **Phone** (*Tel*)

Alternate Emergency Name (*Contacto de Emergencia*) _____ **Phone** (*Tel*)

Family Doctor (*Médico Familiar*) _____ **Phone** (*Tel*)

*If you and the physician of your choice, as indicated above, cannot be reached in an emergency and if in the judgment of the Parish Authorities immediate medical and/or hospital attention is indicated, do you authorize the Parish to send your child to the hospital?

*(*Si en caso de emergencia no se le encuentra ni a ud. ni a su médico y si la autoridad parroquial juzga que es necesaria la intervención médica o la hospitalización, ¿da usted su autorización para que la parroquia mande a su hijo(a) al médico o al hospital más cercano?*)*

_____ YES/(SÍ)

_____ NO

As a parent and/or guardian, I authorize the treatment of my minor child/children by a qualified and licensed medical doctor in the event of a medical emergency which, in the opinion of the attending physician, may endanger his/her life, cause undue physical discomfort if delayed. This consent is granted only after a reasonable effort has been made to reach us.

*(*Como padre o guardián legal, de mi hijo(a)/hijos menor(es) de edad yo autorizo el tratamiento necesario por un doctor titulado en caso de ocurrir una emergencia médica, y si en la opinión de dicho médico la vida del menor está en peligro, o dicha emergencia causara dolor extremo si se retrasara el tratamiento. Esta autorización es concedida solamente en el caso de que no puedan ponerse en contacto con nosotros.)**

_____ DATE/(Fecha)

_____ DATE/ (Fecha)

****Signature of both Parents/Guardians required** (*Se requiere la firma de ambos padres/o tutores legales*)