

# Saint Mary's School of Faith Registration 2019 - 2020

<p><u>Fees</u></p> <p>1 child \$50.00</p> <p>2 children \$75.00</p> <p>Family Maximum \$100.00</p>	<p>REGISTRATION FEE AND UNPAID BALANCE DUE AT THE TIME OF REGISTRATION</p>	<p><b>Office Use Only</b></p> <p>Fee _____ Date _____</p> <p>Amt Pd. _____ Check # _____</p> <p>Bal. Due _____ Cash _____</p> <p>Receipt # _____</p>
--	--	--

							Yes No
Father's Last Name	First Name	Address	City	State	Zip Code	Bi-lingual	
<hr/>							
Home Phone		Cell Phone		Work Phone		Email Address	
							Yes No
Mother's Last Name	First Name	Address	City	State	Zip Code	Bi-lingual	
<hr/>							
Home Phone		Cell Phone		Work Phone		Email Address	

<input type="checkbox"/> New to St. Mary's Parish <input type="checkbox"/> New to School of Faith	<input type="checkbox"/> New to St. Mary's Parish <input type="checkbox"/> New to School of Faith	<input type="checkbox"/> New to St. Mary's Parish <input type="checkbox"/> New to School of Faith
M / F Student's Name _____ Gender	M / F Student's Name _____ Gender	M / F Student's Name _____ Gender
Birthdate _____ Grade in School _____	Birthdate _____ Grade in School _____	Birthdate _____ Grade in School _____
Mark <u>only</u> the sacrament/s this child has <u>already received</u> .	Mark <u>only</u> the sacrament/s this child has <u>already received</u> .	Mark <u>only</u> the sacrament/s this child has <u>already received</u> .
<input type="checkbox"/> Baptism	<input type="checkbox"/> Baptism	<input type="checkbox"/> Baptism
<input type="checkbox"/> Eucharist	<input type="checkbox"/> Eucharist	<input type="checkbox"/> Eucharist
<input type="checkbox"/> Confirmation	<input type="checkbox"/> Confirmation	<input type="checkbox"/> Confirmation
Child's Health	Child's Health	Child's Health
<input type="checkbox"/> Known Allergies	<input type="checkbox"/> Known Allergies	<input type="checkbox"/> Known Allergies
Description _____	Description _____	Description _____
<input type="checkbox"/> Physical/Learning Challenges	<input type="checkbox"/> Physical/Learning Challenges	<input type="checkbox"/> Physical/Learning Challenges
Description _____	Description _____	Description _____

**Medical Matters:** I hereby warrant that to the best of my knowledge, my child(ren) is(are) in good health, and I assume all responsibility for the health of my child(ren).

**Emergency Medical Treatment:** In the event of an emergency, I hereby give permission to transport my child to a hospital for emergency medical or surgical treatment. I wish to be advised prior to any further treatment by the hospital or doctor.

**Emergency Contact:** List the name of a friend or relative we can contact if we are unable to reach you in an emergency.

Name \_\_\_\_\_ Contact Numbers on **Wednesday Night** \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

Parent Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

I hereby grant permission for the above named student(s) to participate in approved parish functions and faith experiences which are part of St. Mary's School of Faith during the school year.

Parent Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

# Registro de la Escuela de Fe de Santa María 2019-2020

<p><u>Cuotas</u></p> <p>1 niño \$50.00</p> <p>2 niños \$75.00</p> <p>Máximo por Familia \$100.00</p>	<p>CUOTA DE INSCRIPCIÓN Y PAGO DE CUOTAS ATRASADAS REQUERIDO AL MOMENTO DE INSCRIPCIÓN</p>	<p><b>Office Use Only</b></p> <p>Fee _____ Date _____</p> <p>Amt Pd. _____ Check # _____</p> <p>Bal. Due _____ Cash _____</p> <p>Receipt # _____</p>
--	--	--

	Si	No				
<b>Apellido Paterno</b>	Nombre del Padre	Dirección	Ciudad	Estado	Codigo Postal	Bi-lingual
_____		_____		_____		
	Tel. de Casa	Tel. Celular del Padre	Dirección de Correo Electrónico			
_____		_____		_____		
						Si No
<b>Apellido de Soltera</b>	Nombre de la Madre	Dirección	Ciudad	Estado	Codigo Postal	Bi-lingual
_____		_____		_____		
	Tel. de Casa	Tel. Celular de la Madre	Dirección de Correo Electrónico			
_____		_____		_____		

<input type="checkbox"/> Nuevo a la Escuela de Fe <input type="checkbox"/> Nuevo a la iglesia Sta. Maria	<input type="checkbox"/> Nuevo a la Escuela de Fe <input type="checkbox"/> Nuevo a la iglesia Sta. Maria	<input type="checkbox"/> Nuevo a la Escuela de Fe <input type="checkbox"/> Nuevo a la iglesia Sta. Maria
M / F Sexo	M / F Sexo	M / F Sexo
Nombre del Estudiante _____	Nombre del Estudiante _____	Nombre del Estudiante _____
Fecha de Nacimiento _____ Grado de la Escuela _____	Fecha de Nacimiento _____ Grado de la Escuela _____	Fecha de Nacimiento _____ Grado de la Escuela _____
Favor de marcar <u>solamente</u> el sacramento que su niño <b>ya recibió.</b>	Favor de marcar <u>solamente</u> el sacramento que su niño <b>ya recibió.</b>	Favor de marcar <u>solamente</u> el sacramento que su niño <b>ya recibió.</b>
<input type="checkbox"/> Bautismo	<input type="checkbox"/> Bautismo	<input type="checkbox"/> Bautismo
<input type="checkbox"/> Eucaristía	<input type="checkbox"/> Eucaristía	<input type="checkbox"/> Eucaristía
<input type="checkbox"/> Confirmación	<input type="checkbox"/> Confirmación	<input type="checkbox"/> Confirmación
<b>Salud del Niño</b>	<b>Salud del Niño</b>	<b>Salud del Niño</b>
<input type="checkbox"/> Alergias Conocidas	<input type="checkbox"/> Alergias Conocidas	<input type="checkbox"/> Alergias Conocidas
Descripción _____	Descripción _____	Descripción _____
<input type="checkbox"/> Problemas físicos/de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Problemas físicos/de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Problemas físicos/de aprendizaje
Descripción _____	Descripción _____	Descripción _____

**Cuestiones Médicas:** Yo garantizo, con mi mejor conocimiento, que mi(s) niño(s) está(n) en buena salud, y asumo toda la responsabilidad con la salud de mi(s) niño(s).

**Tratamiento Médico de Emergencia:** En caso de una emergencia, yo doy permiso para transportar a mi(s) niño(s) a un hospital para que reciba(n) tratamiento de emergencia médico o quirúrgico. Deseo ser informado antes de cualquier tratamiento adicional por el hospital o médico.

**Contacto de Emergencia:** Por favor, anote el nombre de un amigo o familiar que podamos contactar si no podemos comunicarnos con usted en caso de una emergencia.

Nombre \_\_\_\_\_ Número del contacto del **Miércoles por la noche** \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Firma del Padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Yo concedo permiso para que el(los) estudiante(s) nombrado(s) arriba participen en funciones aprobadas de la parroquia y experiencias de fe que forman parte de la Escuela de Fe de la Parroquia St. Mary's, durante el año escolar.

Firma del Padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_