

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Apellido Familiar: _____

Información de Educación Religiosa se enviara a esta dirección (Dirección del estudiante)

Dirección De La Casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

NUMERO DE FELIGRÉS _____ **NO ESTA REGISTRADO**, yo acepto registrarme en St. Vito ~ Most Holy TrinityEstado Civil de los Padres: Casado Viudo Soltero DivorciadoFecha de Matrimonio Católico: ____/____/____ Matrimonio Civil**3. PADRE** Fecha de nacimiento ____/____/____
Mes Día Año

Primer Nombre: _____ I. _____

Apellido: _____

Religión: Católica Otra _____

Teléfono de la Casa: (____) _____

Teléfono del Celular: (____) _____

Teléfono del Trabajo: (____) _____

Correo Electrónico: _____

5. INFORMACIÓN DE SALIDA**MI HIJO(OS)**

- Caminan a casa: _____
Firma del Padre/Madre
- Pueden ser irse por el contacto de emergencia:
- Puede ser recogido por las siguientes personas:

Nombre: _____

Numero de Teléfono: (____) _____

Relación con estudiante: _____

Nombre: _____

Numero de Teléfono: (____) _____

Relación con estudiante: _____

2. 2^{do} CONTACTO DE EMERGENCIA (Debe ser diferente a los padres)

Nombre del Contacto: _____

Numero de Emergencia del Contacto: (____) _____

Relación con el Niño: _____

3^{er} Nombre del Contacto Emergencia: _____

Numero de Emergencia del Contacto: (____) _____

Relación con el Niño: _____

4. MADRE Fecha de nacimiento ____/____/____
Mes Día Año

Primer Nombre: _____ I. _____

Apellido: _____
*(Maiden Name is used for Certificate purposes only)*Religión: Católica Otra _____

Teléfono de la Casa: (____) _____

Teléfono del Celular: (____) _____

Teléfono del Trabajo: (____) _____

Correo Electrónico: _____

6. LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD MÉDICA: En caso de accidente o enfermedad, solicito que el representante del programa catequético de la parroquia me contacte primero. Si no estoy disponible, Por la presente autorizo a este representante de llamar al médico indicado y seguir las instrucciones del médico. Si no es posible ponerse en contacto con el médico, el representante del programa catequético de la parroquia puede hacer cualquier arreglo necesario.

Estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad financiera de cualquier diagnóstico, tratamiento y/o medicamento considerado necesario. En mi conocimiento toda la información dada esta correcta y completa. Doy mi consentimiento y autorizo los procedimientos necesarios mencionados anteriormente

*Firma del Padre/Guardian*_____
Fecha

Date ____/____/____ Registered by _____

- CCD Placement Tuition Invoice Permanent Record Card
 Notify Now (Alert System) DP Murphy (Envelopes)