# SACRED HEART CCD REGISTRATION 2026-2027

| **Office Only →** | Class: | Teacher: |
|---|---|---|

***Parent's email (Must provide email):** _____

Student's Full Name: _____ Sex: M / F

Date of Birth: _____/_____/_____ School Grade: _____Current Age: _____

Address: _____

Father's Name: _____ Phone #_____

Mother's Name: _____ Phone #_____

Does the student live with both parents? _____If no, who has custody? _____

*** **Does the student need the sacrament of Baptism?** ___ Yes ___No

Baptismal Church: _____ Date received: _____

First Communion Church: _____ Date received: _____

Class registering for: _____
**(Please be specific**: First Communion 2nd year, 5th grade non sacramental, Confirmation 1st year, etc.)

Health / Mental Disorders/ Learning Disabilities: _____
(Ex: Asthma, Allergies, Diabetes, Depression, Bipolar, Anxiety, Autism)

*Emergency Contact: _____Ph#_____

**Please initial each statement if registering for Sacramental classes**

**____ __We agree to participate in fundraising activities needed to maintain registration costs down.**
**_____ We will attend Mass on a weekly basis and visit the Blessed Sacrament monthly.**
**_____ We agree to complete the necessary community service hours required.**
**_____ As a parent, I agree to attend monthly faith formation classes and visit the Blessed Sacrament.**
**_____ I understand if my student misses Class or Mass more than 3x, they will repeat the year.**

Parent Signature _____ Date _____

********** OFFICE USE ONLY **********

Amount Paid: _____ Balance: _____

Receipt Number: _____

# SACRED HEART CCD REGISTRATION 2026-2027

| **Oficina Solamente →** | Class: | Teacher: |
|---|---|---|

***Correo electrónico del padre (Obligatorio):** _____

Nombre del Estudiante: _____ Sexo: M / F

Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____ Grado Escolar: _____Edad Actual: _____

Dirección: _____

Nombre de padre: _____ # Teléfono _____

Nombre de madre: _____# Teléfono _____

¿Vive el estudiante con ambos padres? _____ ¿Si no, quien tiene la custodia? _____

***Necesita el sacramento del Bautizo?** ___ Si ___ No

Iglesia donde fue Bautizado_____ Fecha: _____

Iglesia de Primera Comunión: _____ Fecha:_____

Para cual clase se está registrando: _____
(**Sea especifico**: Primera comunión 1er año, 5to año no sacramental, Confirmación 2ndo año)

Condiciones Físicas / Mentales/ De aprendizaje: _____
(Asma, Alergias, Diabetes/ Depresión, Bipolar, Ansiedad, Autismo)

*Contacto de Emergencia: _____Teléfono _____

**Por favor de poner sus iniciales en cada declaración**

_____**Acordamos participar en actividades de recaudación de fondos para mantener el costo de las registraciones bajo.**

_____ **Asistiremos a Misa semanalmente y días de obligación. También asistiremos al Santísimo una vez al mes.**

_____ **Acordamos en completar las horas de servicio comunitarias requeridas**

_____ **Como padre de familia asistiré a talleres de crecimiento espiritual mensual y al Santísimo.**

_____**Entiendo que, si mi hijo/a no asiste a Clase o a Misa más de 3x, repetirá el año.**

Firma de Padres _____ Fecha _____

********** PARA OFICINA SOLAMENTE **********

Amount Paid: _____ Balance: _____

Receipt Number: _____