



**Marital Status of Parents/Estado Civil de los Padres:**

Married by the Catholic Church/Casados por la Iglesia Católica   
Civil marriage/casados por lo civil  Single/Soltero/a   
Living together/Juntos  Separated/Separados  Divorced/Divorciados

**Name of Step-Parent-if applicable/Nombre de Padrastro o Madrasta, si hay:**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Last/APELLIDO First/NOMBRE MI/Otro Nombre

**Language Spoken in the Home/Idioma hablado en la Casa:** \_\_\_\_\_

**SACRAMENTS CELEBRATED/SACRAMENTOS CELEBRADOS**

	Date/Fecha	Church/Iglesia	State/Estado o País
<b>Baptism/Bautismo</b>			
<b>Eucharist/Eucaristía</b>			
<b>Confirmation/ Confirmación</b>			

X \_\_\_\_\_  
**PARENT OR GUARDIAN SIGNATURE** **DATE**  
**FIRMA DE PADRE O GUARDIÁN** **FECHA**

**COST of MATERIALS/Costo de los Materials:**

1 child/niño: \$75.00 2 children/niños: \$90.00 3 or more/ 3 o mas: \$125

**Method of Payment:** check/Cheque personal cash/ efectivo

**EMERGENCY TREATMENT RELEASE FORM  
FORMA DE TRATAMIENTO DE EMERGENCIA**

Date/Fecha \_\_\_\_\_

**IF PARENTS/GUARDIANS CANNOT BE REACHED, NOTIFY THE FOLLOWING WHO WILL PROVIDE TRANSPORTATION IF NECESSARY (EN CASO DE QUE NO SE PUEDE LOCALIZAR LOS PADRES/GUARDIANOS, NOTIFIQUEN LOS SIGUIENTES QUIENES PUEDEN PROPORCIONAR TRANSPORTACIÓN SI NECESARIO):**

Name/Nombre: \_\_\_\_\_

Home/cell Phone: Teléfono-casa o celular: \_\_\_\_\_

Name/Nombre: \_\_\_\_\_

Home cell Phone:Teléfono-casa o celular: \_\_\_\_\_

**Indicate Student's serious medical problems/ Especifique los problemas serios médicos:**

Student is allergic to: \_\_\_\_\_ Penicillin \_\_\_\_\_ Aspirin \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_  
Alergias de la estudiante: Penicilina Aspirina Otro

**Medical Insurance/Seguro Médico:**

Company/Compañía I.D.#/Numero de Identificación Group#/# de Grupo

**PERTINENT MEDICAL/DEVELOPMENTAL INFORMATION**

**INFORMACIÓN PERTINENTE SOBRE LA SALUD O DESARROLLO DEL NIÑO(A)**

*Please state any medical/developmental problems your child may have or any other concerns relating to school life (such as allergies to food, pollen, or chemicals; seizures, ADD, motor skills, special needs, etc.)  
Favor declarar cualquier problema de salud o desarrollo que tiene su hijo(a), u otras condiciones relacionadas a su vida escolar.*

Glasses?/¿Anteojos? Yes/Sí  No

Speech & Hearing Difficulties?/¿Dificultad con hablar o oír? Yes/Sí  No

Extreme Shyness?/¿Timidez Extrema? Yes/Sí  No

Short Attention Span? /¿Atención limitada? Yes/Sí  No

Problems with fine motor skills?/¿Problemas con habilidad de movimiento? Yes/Sí  No

Reading level below his/her grade level?/¿Es que lee debajo de la nivel normal de su grado escolar?  
Yes/Sí  No

Does your child have any other condition or need to which the Catechist should be sensitive?

¿Es que su hijo(a) tiene otra condición o necesidad a lo cual debe estar sensible el/la Catequista?

**Do we have your permission to release medical information to your child's teacher that may assist him or her in providing a more advantageous learning environment?**

**¿Se nos permite dar informes sobre condiciones médicas que tiene su hijo(a), que le ayudaría al/a la catequista en proveer ambiente mejor para la enseñanza?**

Yes/Sí  No

Signature/Firma: \_\_\_\_\_