

FOR OFFICE USE ONLY				
Registration #:	Registration Type:	CCD Grade:	Sacraments:	Year:
	New <input type="checkbox"/> Returning <input type="checkbox"/>			Year 1 <input type="checkbox"/> Year 2 <input type="checkbox"/> Cont. <input type="checkbox"/>

**STUDENT INFORMATION**

Name: \_\_\_\_\_ Today's Date: \_\_\_\_\_  
(First) (Middle) (Last)

Birth Date: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Sex: Male / Female Language: English   
(Month/Day/Year)

School Attending: \_\_\_\_\_ Grade in (Sept.): \_\_\_\_\_ Spanish

Sacraments received: Baptism  Eucharist  Other \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Step-Mother <input type="checkbox"/> Self Other: _____	<b>PARENT/GUARDIAN INFORMATION</b>	<input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Step-Father <input type="checkbox"/> Self Other: _____
--	------------------------------------	--

Are you the Legal Guardian? YES  NO   
 Does the child live with you? YES  NO

Name: \_\_\_\_\_  
(First) (Middle) (Last)

Address: \_\_\_\_\_  
(Number, Street, Apt #)

City/Zip Code: \_\_\_\_\_

Cell: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Language(s): 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Religion: \_\_\_\_\_

Marital Status:  Single

Married, Church/year: \_\_\_\_\_

Divorced  Widow  Separated

Are you the Legal Guardian? YES  NO   
 Does the child live with you? YES  NO

Name: \_\_\_\_\_  
(First) (Middle) (Last)

Address: \_\_\_\_\_  
(Number, Street, Apt #)

City/Zip Code: \_\_\_\_\_

Cell: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Language(s): \_\_\_\_\_

Religion: \_\_\_\_\_

Marital Status:  Single

Married, Church/year: \_\_\_\_\_

Divorced  Widow  Separated

**EMERGENCY CONTACT INFORMATION**

(Must be an adult over 18 years old who is **not** the mother or father)

Name: \_\_\_\_\_  
(First) (Middle) (Last)

Tel: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relationship to Student: \_\_\_\_\_

**MEDICAL INFORMATION**

Check or write any special need(s) we need to know about your child:

ADD/ADHD  Autism  Down Syndrome  Cerebral Palsy  Diabetes

Allergies: \_\_\_\_\_

Special Needs /Learning Disabilities or Instruction: \_\_\_\_\_

Physical Disabilities: \_\_\_\_\_

Additional Comments: \_\_\_\_\_

**SOLO PARA USO DE LA OFICINA**

<b>Registration #:</b>	<b>Registration Type:</b>	<b>CCD Grade:</b>	<b>Sacraments:</b>	<b>Year:</b>
	New <input type="checkbox"/> Returning <input type="checkbox"/>			Year 1 <input type="checkbox"/> Year 2 <input type="checkbox"/> Cont. <input type="checkbox"/>

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellidos)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M / F **Idioma/s:** Ingles   
(Mes/Dia/Año)

Escuela que asiste: \_\_\_\_\_ Grado en sept.: \_\_\_\_\_ Español

**Sacramentos recibido:** Bautizo  Eucaristía  Otro \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Madre	<b>INFORMACIÓN DE PADRE/GUARDIÁN</b>	<input type="checkbox"/> Padre
<input type="checkbox"/> Madrastra		<input type="checkbox"/> Padrastro
<input type="checkbox"/> Yo (para adultos entrando en el programa) Otro: _____	Otro: _____	<input type="checkbox"/> Yo (para adultos entrando en el programa)

**Es usted el guardián legal?** SI  NO

**Vive el niño/a con usted?** SI  NO

**Nombre:** \_\_\_\_\_  
(Primer) (Segundo) (Apellido/s)

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
(Número, Calle, # Apt.)

**Ciudad/Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Celular:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_

**Idioma(s):** 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

**Religión:** \_\_\_\_\_

**Estado Civil:**  Soltera

Casada, Iglesia/Fecha: \_\_\_\_\_

Divorciada  Viuda  Separada

**Es usted el guardián legal?** SI  NO

**Vive el niño/a con usted?** SI  NO

**Nombre:** \_\_\_\_\_  
(Primer) (Segundo) (Apellido/s)

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
(Número, Calle, # Apt.)

**Ciudad/Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Celular:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_

**Idioma(s):** 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

**Religión:** \_\_\_\_\_

**Estado Civil:**  Soltera

Casada, Iglesia/Fecha: \_\_\_\_\_

Divorciada  Viuda  Separada

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA**

(Adulto mayor de 18 años que **no** se ha el padre o la madre)

**Nombre:** \_\_\_\_\_  
(Primer) (Segundo) (Apellido)

**Tel:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relación al estudiante: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MÉDICA**

Infórmenos sobre cualquier necesidad(es) especial(es) que debemos saber del estudiante:

ADD/ADHD  Autismo  Síndrome de Down  Parálisis Cerebral  Diabetes

**Alergias:** \_\_\_\_\_

**Necesidades Especiales de instrucción / Discapacidad de aprendizaje:** \_\_\_\_\_

**Discapacidad Física:** \_\_\_\_\_

**Notas Adicionales:** \_\_\_\_\_