

<input type="checkbox"/> First Eucharist/ Primera Comunión <input type="checkbox"/> Year 1 / Año 1 <input type="checkbox"/> Year 2 / Año 2	<input type="checkbox"/> Basic religious education _____ Grade/Grado
<input type="checkbox"/> Confirmation / Confirmación <input type="checkbox"/> Year 1 / Año 1 <input type="checkbox"/> Year 2 / Año 2	Date/Place of Baptism / Fecha/ Lugar del Bautismo _____

St. Theresa Parish Religious Education New/Returning Student Registration Form

LAST NAME Apellido (s)				LAST NAME _____ FIRST NAME _____
FIRST NAME Nombre		MIDDLE NAME Segundo Nombre		
Date of Birth Fecha de Nacimiento		School Grade Grado Escolar		
MAILING ADDRESS Dirección Postal				
PHONE Teléfono		OTHER PHONE Otro Teléfono		
FATHER'S NAME Nombre del Padre		MOTHER'S NAME Nombre de Soltera de la Madre		
EMAIL ADDRESS Correo Electrónico		OTHER EMAIL ADDRESS Otro Correo Electrónico		
CONFIRMATION INFORMATION / Información de Confirmación				
First Eucharist date Fecha de la Primera Comunión				
SPONSOR'S NAME (2nd yr/ Año 2) Nombre del Padrino				

PHOTO RELEASE / FOTO PRENSA

I give permission for any photographs in which my child/Doy permiso para que cualquier foto en la que mi hijo/a

_____ may appear to be used by St. Theresa Parish for the purpose of publicity or advertisement. I understand that the photographs may appear in the parish website or parish publications/newspapers. aparezca pueda ser utilizada por la Parroquia de Santa Teresita con el propósito de publicidad o anuncio. Entiendo que las fotografías pueden ser utilizadas en el sitio web de la parroquia o en las publicaciones de la parroquia y/o periódicos.

Parent Signature / Firma del Padre: _____ Date / Fecha: _____

FOR OFFICE USE ONLY: Today's Date: _____		<input type="checkbox"/> \$100.00	<input type="checkbox"/> \$50.00 (sibling)
<input type="checkbox"/> CASH	<input type="checkbox"/> CHECK # _____	RECEIPT # _____	
		BALANCE (if any) _____	

EMERGENCY MEDICAL AID RELEASE

Child's Name Nombre de Niño			
Father's Name Nombre de Padre			
Cell Phone	Work Phone/Trabajo	Home Phone/Casa	
Mother's Name Nombre de Madre			
Cell Phone	Work Phone/Trabajo	Home Phone/Casa	
Health Plan Carrier:			
Group/Policy Number			
Does your child have any medical problems that we should be aware of? ¿Tiene su niño problemas medicas que debemos estar concientes?			<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> YES/SÍ			
Does your child have any allergies? ¿Tiene su niño alergias?			<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Yes/Sí			

EMERGENCY CONTACT / CONTACTO DE EMERGENCIA:

Contact Name Nombre			
Relationship Relación a Niño			
Physical Address Comicilio Físico			
Phone Telefonó			

EMERGENCY MEDICAL AID RELEASE

In the event of an emergency involving injury to my child, the personnel of St. Theresa Religious Education Program are authorized to use their discretion to secure the necessary services for my child (children). This does not imply liability to St. Theresa Parish for any medical services requested for my child as a result of an injury incurred at the school or church facilities. It is assumed that the person completing this registration has the custody of and the responsibility for this student; and that all information provided on this form is accurate and true. / *En el evento de una emergencia que mi niZo/a se accidente doy autorización de que se le atienda y se le dé los servicios necesarios. Esta no le implica ninguna responsabilidad a Sta. Teresita por los servicios medicos que se manden pedir a mi hijo/a en el evento de que llene este formulario sea el responsable de estudiante, y toda la información escrita es correcta y cierta.*

Name of family Physician _____	Phone _____
Number _____	
Signature of Parent _____	Date / fecha _____