

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/Idiomas hablados en la Casa: _____

SACRAMENTS CELEBRATED/SACRAMENTOS CELEBRADO

	Date/Fecha	Church/Iglesia	State/Estado o País
Baptism/Bautismo			
Reconciliation/ Reconciliación			
Eucharist/Eucaristía			
Confirmation/ Confirmación			

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

**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 QUE NO SE PUEDE LOCALIZAR LOS PADRES/GUARDIANOS, NOTIFIQUEN LOS SIGUIENTES QUIENES PUEDEN PROPORCIONAR TRANSPORTACIÓN SI NECESARIO):

Name/Nombre: _____
Home Phone: _____ Work/cell Phone: _____
Teléfono-casa: _____ Teléfono-trabajo o celular: _____

Name/Nombre: _____
Home Phone: _____ Work /cell Phone: _____
Teléfono-casa: _____ Teléfono-trabajo 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 Identificacion _____ 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 relacionados 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 setar sensible el/la Catechista?

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 medicas que tiene su hijo(a), que le ayudaría al/a la catequista en proveer ambiente mayor para la enseñanza?

Yes/Sí No

Signature/Firma: _____