

Immaculate Conception Church
P.O. Box 399 ● 522 Main Street ● Marydel, Maryland 21649
School of Religious Education/ Escuela de Educación Religiosa
(410)482-8939

**New Registration for School of Religious Education/
Nueva Matricula para La Educación Religiosa**

Today's Date/Fecha de Hoy: _____

Note: A Separate registration must be filled out for each participating child. With each registration, please submit a copy of your child's Baptismal Certificate.

Nota: Es necesario hacer una matrícula individual para cada niño(a) participante. Con cada matricula, favor presentar una copia del certificado de bautismo de su hijo(a).

PLEASE PRINT /FAVOR DE ESCRIBIR CON LETRA DE IMPRENTA

Child's Name/Nombre del niño(a): _____

_____/_____/_____
Last/Apellido First/Nombre MI /otro nombre

Child's Address/Dirección del Niño(a): _____

House Number and Street or Road P.O. Box(if any)
Numero de la Casa Y Calle Buzón Postal (si hay)

Ciudad State/Estado Zip/Codigo Postal Home Phone/Telefono de Casa

Who does this child reside with?

¿Con quién vive este niño(a): _____

Child's Birth Date:

Fecha de Nacimiento del Niño(a): _____/_____/_____
Month(Mes) Day(Día) Year(Año)

School Child Attends:

Escuela a que el Niño(a) asiste _____ Grade: _____
Grado: _____

Every child in our School of Religious Education and the family he or she resides with, must be registered and active members of Immaculate Conception Parish. If you are not registered, Please request a registration form. Es mandatorio que cada niño(a) y la familia con que reside sean miembros inscritos y miembros activos en la Parroquia de la Inmaculada Concepción. Si no están inscritos, por favor pida un formulario de inscripción.

PARENTS OR GUARDIAN/PADRES O GUARDIÁN

Father's Name:

Nombre de padre: _____
Last/Apellido First/Nombre MI /Otro nombre

Father is/El Padre está: Living/Vivo Deceased/Fallecido

Father's Address:

Dirección del Padre: _____

Work or cell Phone/Teléfono-trabajo o celular: _____

Father's Religion: E-Mail
Religión del Padre: _____ Correo Electrónico: _____

Mother's Name:

Nombre de la madre: _____
Last/Apellido First/Nombre MI/Otro nombre

Mother is/La Madre está: Living/Vivo Deceased/Fallecido

Mother's Address:

Dirección de la Madre: _____

Work or cell Phone/Teléfono-trabajo o celular: _____

Mother's Religion: Email:
Religión del Madre: _____ Correo Electrónico: _____

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
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: _____