

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

**Registration for School of Religious Education/  
Matricula para Escuela de 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 matricula individual para cada niño(a) participante. Con cada matricula, favor presentar una copia de la fe 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)

City/Ciudad State/Estado Zip/Código Postal Home Phone/Teléfono de Casa

Who does this child reside with?

¿Con quién reside 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: \_\_\_\_\_

**PARENTS OR GUARDIAN/PADRES O GUARDIÁN**

**Father's Name:**

Nombre de padre: \_\_\_\_\_  
Last/APELLIDO First/Nombre MI /Otro nombre

Work or cell Phone/Teléfono-trabajo o celular: \_\_\_\_\_

E-Mail/Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Mother's Name:**

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_  
Last/APELLIDO First/Nombre MI/Otro nombre

Work or cell Phone/Teléfono-trabajo o celular: \_\_\_\_\_

Email/Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

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

Married by the Catholic Church/Casados por la Iglesia Católica  other Church/otro iglesia

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

**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 A LOS PADRES/GUARDIANES, 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 médicos graves:**

**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 diga cualquier problema de salud o desarrollo que tiene su hijo(a), u otras condijo motora, relacionados a su vida escolar.( Alergias a alimentos, polen o químicos , ataques, ADD, coordinación, necesidades especiales)*

Glasses?/¿Lentes? Yes/Sí  No   
Speech & Hearing Difficulties?/¿Dificultad para 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?/¿ Lee debajo del 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?  
¿Su hijo(a) tiene otra condición o necesidad a lo cual debe saber y 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 las condiciones médicas de su hijo(a), que le ayudaría al/a la catequista en proveer un ambiente mejor para la enseñanza?**

Yes/Sí  No

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

**SACRAMENTS CELEBRATED/SACRAMENTOS CELEBRADO**

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

