

Please Print All Information Clearly (Escribe en Letra de Molde)

Date Completed / Fecha de Inscripción: _____

Family Name/Nombre de Familia: _____

Primary Residence of Registered Student(s):

Home # (# de teléfono de casa): (_____) _____ - _____

Street Address (Dirección): _____ Apt #: _____

City (Ciudad): _____ Zip (Código Postal): _____

Parent/Guardian Information:

Mother/Guardian Name (Madre - Nombre): _____

Father/Guardian Name (Padre – Nombre): _____

Emergency Contact – Not Parents

(Contacto en caso de emergencia – Quienes no son los padres):

Name (Nombre): _____

Relationship (Relación): _____

Home #: (_____) _____ - _____

Cell #: (_____) _____ - _____

Students to be Registered for 2021-2022 (Estudiantes para inscribir en 2021-2022):

Child/Niño #1) Name/Nombre: _____ **M** ___ **F** ___

Birthdate/Fecha de Nacimiento: ____/____/____ **Grade Aug. 2021/Grado agosto 2021:** _____

School/Escuela: _____

Has the child received the following Sacraments? If the child was NOT Baptized CATHOLIC, write NC under Baptism. Ha recibido los siguientes sacramentos? Si el niño no fue bautizado católico, escribe NC bajo bautismo.

Baptism (Bautismo): Yes/Si ___ No ___ **Reconciliation (Reconciliación):** Yes/Si ___ No ___

First Eucharist (Comunión): Yes/Si ___ No ___ **Confirmation (Confirmación):** Yes/Si ___ No ___

Does the student require special accommodations? (¿Hay algún estudiante quien requiere adaptaciones especiales?):

Please Print All Information Clearly (Escribe en Letra de Molde)

Child/Niño #2) Name/Nombre: _____ M ___ F ___

Birthdate/Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Grade Aug. 2021/Grado agosto 2021: _____

School/Escuela: _____

Has the child received the following Sacraments? If the child was NOT Baptized CATHOLIC, write NC under Baptism. Ha recibido los siguientes sacramentos? Si el niño no fue bautizado católico, escribe NC bajo bautismo.

Baptism (Bautismo): Yes/Si ___ No ___ **Reconciliation (Reconciliación):** Yes/Si ___ No ___

First Eucharist (Comunión): Yes/Si ___ No ___ **Confirmation (Confirmación):** Yes/Si ___ No ___

Does the student require special accommodations? (¿Hay algún estudiante quien requiere adaptaciones especiales?)

Code of Conduct:

I have received, read, and understood the Code of Conduct.
He obtenido, leído y entendido el Código de Conducta.

Signature (Parent/Guardian)/Firma (padre/guardián)

Tuition and Fees:

Note: Students preparing for the sacraments of First Reconciliation/First Eucharist or Confirmation will have an additional fee payable at the sacramental registration and information meeting. Retreats and Events are additional costs during the year.

Nota: Los estudiantes preparándose para los sacramentos de primera reconciliación/primer eucaristía o confirmación tendrán una cuota adicional que se pagará durante la reunión de información e inscripción sacramental. Los Retiros y eventos durante el año tienen costos adicionales.

Early Registration/Inscripciones Tempranas
\$125 per Student/por cada estudiante

Regular Registration/Inscripciones Regulares
\$145 for 1 Student/para un estudiante
\$115 per Additional Student/por cada estudiante adicional)

High School Students _____ # Jr. High School Students _____ Total # Students _____

OFFICE USE ONLY	Early Registration <input type="checkbox"/>	Regular Registration <input type="checkbox"/>	Calendar Given <input type="checkbox"/>
Total Amount Due/Total a Pagar: \$ _____	Received by: _____		
Amount paid: \$ _____	Balance Due: \$ _____		
Cash: <input type="checkbox"/>	Check #: _____	Credit Card: <input type="checkbox"/>	Type/Last 4 #: _____

MEDICAL MATTERS

I hereby warrant to the best of my knowledge, my child is in good health, and I assume all responsibility for the health of my child. Of the following statements pertaining to medical matters, sign only those in accordance with your wishes.

CONDICIONES MÉDICAS

Certifico por este medio que hasta donde llega mi conocimiento, mi hijo(a), está en buena salud y asumo toda la responsabilidad por la salud de mi hijo(a). En las declaraciones siguientes, firme solamente aquellas con las que esté de acuerdo.

Have any of these students been diagnosed with a learning disability/special needs/allergies/health concerns or are taken medication? (¿Cualquiera de estos estudiantes han sido diagnosticados con un Problema de Aprendizaje/Necesidades Especiales/Alergias/Condiciones Médicos o están tomando alguna medicina?) No Yes/Sí

If yes, please give student's name and explain. Please use separate page if needed. My child will bring all such medications, well labeled, that are necessary.

En caso afirmativo, por favor dar el nombre del estudiante y explicar. Utilice una página separada si es necesario. Mi hijo/a traerá bien marcados todos sus medicamentos necesarios.

First Name/Nombre	Special Needs/Allergies/Medical Condition/Medication & Dosage (Necesidades Especiales/Alergias/Condiciones Médicos/Medicina y Dosis)

I hereby **Grant Permission** for nonprescription medication (such as Tylenol, throat lozenges, cough syrup) to be given to my child, if deemed advisable. I understand that Aspirin will not be given to my son/daughter.

Por la presente otorgo el permiso para administrar algún tipo de medicamento sin prescripción médica a mi hijo, a menos que de lo contrario se vea en peligro su vida y se requieran como tratamiento de emergencia.

Yes/Sí No _____ Initials (Iniciales)

EMERGENCY MEDICAL TREATMENT

In the event of an emergency, I hereby give permission to transport my child to a hospital for emergency medical or surgical treatment. I wish to be advised prior to any further treatment by the hospital or doctor and I understand that all financial obligations are my responsibility.

TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA

En caso de una emergencia, doy permiso de transportar a mi hijo(a) a un hospital para tratamiento médico o quirúrgico de emergencia. Pido ser notificado antes de que el hospital o los médicos hagan cualquier tratamiento adicional.

In the event of an emergency and you are unable to reach me, contact:

En caso de emergencia y de no poder comunicarse conmigo, favor de ponerse en contacto con:

*Name (Nombre): _____ Relationship (Relación): _____

Phone # (# de Teléfono): (_____) _____ - _____

*Family Doctor (Médico de la familia): _____

Phone # (# de Teléfono): (_____) _____ - _____

Insurance Information (Información sobre Seguro Médico):

No, I do not carry medical insurance at this time. (No, en este momento no tengo seguro médico.)

Insurance Carrier (Portador del Seguro): _____

Name of Insured (Nombre del Asegurado): _____

Policy Number (Número de Póliza): _____