



## Catechetical Program – St. Martin Parish

Programa Catequético – Parroquia de San Martin  
 593 Central Avenue, Sunnyvale, CA 94086  
 ☎ (408) 736 – 3725 ext 15

### 1st YEAR REGISTRATION FORM (Registro)

School Year (Año escolar) 2021 -2022

(Please fill out both sides of this application – Por favor completar ambos lados de este registro.)

Please check one for enrollment / Por favor marque uno para inscribirse:

Preparation for First Communion In-Person

Preparación para Primera comunión en Persona

Preparation for First Communion Online

Preparación para Primera comunión en Línea

High school Confirmation Program In-Person

Programa de confirmación (preparatoria) En Persona

Rite of Christian Initiation for children

Rito de Iniciación Cristiana para niños

**First Communion ONLY**

T-Shirt Size for In-Person ONLY

Talla de Playera clase en Persona

Youth S M L

Adult S M L

Student's Name: \_\_\_\_\_

Nombre de estudiante: *Name (Nombre)* *Middle (Segundo)* *Last Name (Apellido)*

Male  Female

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ School grade: \_\_\_\_\_  
*Fecha de Nacimiento* *Edad* *Grado escolar*

Choose class language:  English  Spanish  
*Selecciona el idioma de la clase* *ingles* *español*

Father's Name: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_  
*Nombre de padre: Last (Apellido)* *Middle (Segundo)* *First (Primer)* *Religion*

Mother's Name: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_  
*Nombre de madre: Last (Apellido)* *Middle (Segundo)* *First (Primer)* *Religion*

Address(domicilio) \_\_\_\_\_ City (ciudad) \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Home Phone \_\_\_\_\_ Father's Cell \_\_\_\_\_ Mother's Cell \_\_\_\_\_  
*Numero Telefonico* *# Cell de padre* *# cell de madre*

Email Address \_\_\_\_\_  
*Correo Electronico*

Registered with St. Martin Parish?  Yes  No If not, which parish? \_\_\_\_\_  
*Registrados con la parroquia de San Martin* *Si* *No* *Si no está registrado, entonces en cual parroquia?*

I am the father/mother or guardian of the above-mentioned student; by signing here I agree to comply with parish and program rules. I understand that my child must attend class every assigned day and that he/she must attend weekend Mass. I understand that if my child misses 2 or more instruction days without a justified reason, he/she must repeat the catechetical year. I understand that if my child violates any of the rules and regulations of the parish and catechetical program he/she may be expelled from the program. (Yo soy padre / madre o tutor del estudiante mencionado arriba, al firmar aquí estoy de acuerdo en cumplir con las reglas de la parroquia y del programa. Entiendo que mi hijo/a debe asistir a clase día asignado y que él/ella debe asistir el domingo a la misa. Entiendo que si mi hijo/a pierde 2 o más días de instrucción sin justificación, debe repetir el año catequético. Entiendo que si mi hijo/a viola cualquiera de las reglas y regulaciones de la parroquia o del programa catequético, él / ella puede ser expulsado del programa.)

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_  
*Firma de Madre/Padre/Guardian*

Date: \_\_\_\_\_  
*Fecha*



# Catechetical Program – St. Martin Parish

Programa Catequético – Parroquia de San Martin

593 Central Avenue, Sunnyvale, CA 94086

☎ (408) 736 – 3725 ext 15

## EMERGENCY RELEASE FORM

*Formulario de entrega del alumno en caso de emergencia*

In case of emergency, I hereby authorize the administration and faculty of the St. Martin Catechetical program to release my child to the following person if I am unable to come for them myself.

*(En caso de emergencia, por la presente autorizo a la administración y facultad de St. Martin Catechetical programa para entregar a mi hijo a la siguiente persona si no puedo venir por ellos yo mismo.)*

1. Name / Nombre: \_\_\_\_\_ Phone / Teléfono: \_\_\_\_\_

Relationship to child/Relación con los niños: \_\_\_\_\_

2. Name / Nombre: \_\_\_\_\_ Phone / Teléfono: \_\_\_\_\_

Relationship to Child/Relación con los niños: \_\_\_\_\_

## MEDICAL INFORMATION

*INFORMACION MEDICA*

3. Insurance information: / *Información de su seguro:*

a. Health insurance provider/ *Nombre del proveedor del Seguro medico:* \_\_\_\_\_

b. Policy number/ *Numero de poliza:* \_\_\_\_\_

## HEALTH INFORMATION/información medica.

Allergies/ *alegias:* \_\_\_\_\_ Reaction/ *reacción:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Reaction/ *reacción:* \_\_\_\_\_

Known Medical Conditions including special needs/ *Condiciones medicas incluyendo necesidades especiales:*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I also give my permission for any immediate first aid medical attention to be given to my child if it is deemed advisable by the faculty and administration of the St. Martin Catechetical program; that includes emergency release to paramedics and/or ambulance for hospital attention.

*También doy mi permiso para cualquier atención médica inmediata de primeros auxilios que considere pertinente la administración del programa de catequesis de San Martín, esto incluye la entrega de emergencia a los paramédicos y / o ambulancia para atención y/o traslado a un hospital.*

Signature (*Firma*): \_\_\_\_\_ Date (*fecha*): \_\_\_\_\_

*Parent/padres*

### OFFICE USE ONLY:

Registration Date \_\_\_\_\_

Amount Paid \$ \_\_\_\_\_

Class \_\_\_\_\_

Receipt # \_\_\_\_\_

Total Program Costs \$ \_\_\_\_\_

Amount Due \$ \_\_\_\_\_