

**St. Jude Catholic Church**  
**RELIGIOUS EDUCATION REGISTRATION FORM**

**2009-2010**

(REGISTRO PARA INSTRUCCIÓN RELIGIOSA)  
(Please complete both sides.)(Rellene ambos lados.)

**STUDENT INFORMATION** (INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE)

DATE (FECHA) \_\_\_\_\_

1. Student Name: \_\_\_\_\_  
(Nombre del Estudiante)

2. Male (Hombre) \_\_\_\_\_ Female (Mujer) \_\_\_\_\_ Ethnic Group (Grupo Étnico) \_\_\_\_\_  
(mexicano, centroamericano, sudamericano, europeo, puertorriqueño)

3. Birthdate (Fecha de Nacimiento) \_\_\_\_\_ Birthplace (Lugar de Nacimiento) \_\_\_\_\_

4. Public School Attending (Escuela Pública a la que asiste) \_\_\_\_\_ Grade (Grado) \_\_\_\_\_

5. Religious Education Program last attended (Enseñanza Religiosa, Último Programa Cursado) \_\_\_\_\_  
Dates (Fechas de) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ To (a) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

6. Student lives with: Father (el padre) \_\_\_\_\_ mother (la madre) \_\_\_\_\_ both (ambos) \_\_\_\_\_ other (otra persona) \_\_\_\_\_  
(El Estudiante vive con:)

**FAMILY INFORMATION** (Información Familiar):

7. Father Name (Padre Nombre de Pila): \_\_\_\_\_ (Apellido Paterno) \_\_\_\_\_

8. Mother Name (Madre) \_\_\_\_\_ (Apellido) \_\_\_\_\_

9. Address (Dirección Secundaria): \_\_\_\_\_ Phone (Teléfono) \_\_\_\_\_

10. Language spoken in home: (¿qual idioma se habla en casa?) \_\_\_\_\_

**MEDICAL/SPECIAL NEEDS INFORMATION: (INFORMACIÓN MÉDICA/MINUSVALIDOS:)**

10. Allergies (Alergias) \_\_\_\_\_ Medicines (Medicinas) \_\_\_\_\_

11. Chronic Illness/Disabilities \_\_\_\_\_  
(Enfermedades Crónicas/Incapacidad Física)

**Sacramental Records** (INFORMACIÓN SACRAMENTAL)

12. Baptized (Bautizo) \_\_\_\_\_ YES (Sí) \_\_\_\_\_ NO (No) \_\_\_\_\_ DATE (Fecha) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

NAME OF CHURCH \_\_\_\_\_  
(Nombre de Iglesia) City (Ciudad) State (Estado)

13. Reconciliation (Reconciliación ó Confesión) \_\_\_\_\_ YES (Sí) \_\_\_\_\_ NO (No) \_\_\_\_\_ DATE (Fecha) \_\_\_\_\_

NAME OF CHURCH \_\_\_\_\_  
(Nombre de Iglesia) City (Ciudad) State (Estado)

14. First Communion (Primera Comunión) \_\_\_\_\_ YES (Sí) \_\_\_\_\_ NO (No) \_\_\_\_\_ DATE (Fecha) \_\_\_\_\_

NAME OF CHURCH \_\_\_\_\_  
(Nombre de Iglesia) City (Ciudad) State (Estado)

---

---

**Employment Information: (INFORMACIÓN SOBRE SU EMPLEO:)**

**Father's Employer: (Empleo del Padre)**

**Company—(Compañía)**

**Phone—(Teléfono)**

**Mother's Employer : (Empleo de la Madre)**

**Company—(Companies)**

**Phone—(Teléfono)**

---

**EMERGENCY INFORMATION:**

**(INFORMACIÓN DE EMERGENCIA:)**

**Alternate Emergency Name (Contacto de Emergencia) \_\_\_\_\_ **Phone (Tel)****

**Alternate Emergency Name (Contacto de Emergencia) \_\_\_\_\_ **Phone (Tel)****

**Family Doctor (Médico Familiar) \_\_\_\_\_ **Phone (Tel)****

---

\*If you and the physician of your choice, as indicated above, cannot be reached in an emergency and if in the judgment of the Parish Authorities immediate medical and/or hospital attention is indicated, do you authorize the Parish to send your child to the hospital?

*(\*Si en caso de emergencia no se le encuentra ni a ud. ni a su médico y si la autoridad parroquial juzga que es necesaria la intervención médica o la hospitalización, ¿da usted su autorización para que la parroquia mande a su hijo(a) al médico o al hospital más cercano?)*

\_\_\_\_\_ **YES/(SÍ)**

\_\_\_\_\_ **NO**

*As a parent and/or guardian, I authorize the treatment of my minor child/children by a qualified and licensed medical doctor in the event of a medical emergency which, in the opinion of the attending physician, may endanger his/her life, cause undue physical discomfort if delayed. This consent is granted only after a reasonable effort has been made to reach us.*

*(\*Como padre o guardián legal, de mi hijo(a)/hijos menor(es) de edad yo autorizo el tratamiento necesario por un doctor titulado en caso de ocurrir una emergencia médica, y si en la opinión de dicho médico la vida del menor está en peligro, o dicha emergencia causara dolor extremo si se retrasara el tratamiento. Esta autorización es concedida solamente en el caso de que no puedan ponerse en contacto con nosotros.)*

\_\_\_\_\_ **DATE/(Fecha)**

\_\_\_\_\_ **DATE/ (Fecha)**

**\*\*Signature of both Parents/Guardians required (Se requiere la firma de ambos padres/o tutores legales)**