

IGLESIA DE SANTA ROSA DE LIMA K-5/ *ST. ROSE OF LIMA K-5*
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN: **SPIRIT** / **SPIRIT** REGISTRATION FORM
POR FAVOR, LLENAR LOS DOS LADOS/*COMPLETE FRONT AND BACK OF DOCUMENT*

Apellido/Family Last Name _____

Nombre de la Madre/Mother's name _____ Nombre del Padre/Father's name _____

Otro tutor(a) del hijo(a)/Other Custodial Guardian name _____

Dirrección/Address _____ Ciudad/City _____ Código postal/Zip _____

Teléfono de casa/Home Telephone # _____ Correo electrónico/Parent e-mail _____

Teléfono celular/Cell Phone #1 _____ Teléfono celular /Cell Phone #2 _____

Trabajo de la Madre/MOTHER'S WORKPLACE _____ Teléfono/Phone _____

Trabajo del Padre/Father's workplace _____ Teléfono/Phone _____

¿Uds. Son miembros registrados de Sta. Rosa de Lima?/Registered members of St. Rose of Lima? Sí No
(Si no, por favor llena el formulario apropiado en la oficina/If no, please fill out appropriate form in the parish office)

Para cada hijo, haga una lista de toda la información que concierne a alergias, régimen dieta, medicinas especiales, condiciones de salud o cualquier otra información necesaria en caso de emergencia/
For each child, please list all information pertaining to allergies, diet, special medications, health conditions
Or any other information necessary in an emergency situation.

Hijo #1/CHILD #1

Nombre/Name _____ Fecha de nacimiento/Date of Birth _____ Grado en 2009-2010/
Grade in 2009-2010 _____

Fecha de bautismo/Baptism Date _____ Iglesia/Church _____
Ciudad, Estado/City/State _____ Código postal/Zip _____

O, si no: Mi hijo necesita los sacramentos siguientes/My Child needs the following Sacraments: Bautismo Primera Comunión

Alergias y otra información/
Allergies/other Information _____

Hijo #2/CHILD #2

Nombre/Name _____ Fecha de nacimiento/Date of Birth _____ Grado en 2009-2010/
Grade in 2009-2010 _____

Fecha de bautismo/Baptism Date _____ Iglesia/Church _____
Ciudad, Estado/City/State _____ Código postal/Zip _____

O, si no: Mi hijo necesita los sacramentos siguientes/My Child needs the following Sacraments: Bautismo Primera Comunión

Alergias y otra información/
Allergies/other Information _____

Hijo #3/CHILD #3

Nombre/Name _____ Fecha de nacimiento/Date of Birth _____ Grado en 2009-2010/
Grade in 2009-2010 _____

Fecha de bautismo/Baptism Date _____ Iglesia/Church _____
Ciudad, Estado/City/State _____ Código postal/Zip _____

O, si no: Mi hijo necesita los sacramentos siguientes/My Child needs the following Sacraments: Bautismo Primera Comunión

Alergias y otra información/
Allergies/other Information _____

Información médica/de hospital/de seguro/MEDICAL /HOSPITAL INSURANCE INFORMATION

Compañía de Seguro/Insurance Carrier _____

Nombre de asegurado(a)/Name of Policy Holder _____

Relación a(1) hijo(a)/Relationship to child _____

Número de la política/Policy Number _____

Número del grupo/Group number _____

Contacto de emergencia (uno diferente de los padres)/Emergency contact (other than parents) _____

Relación a(1) hijo(a)/Relationship to child _____

Dirrección/Address _____ Teléfono/Phone _____

Hay una matrícula para **SPiRiT**: si Ud. paga antes del 15 de julio, la matrícula es \$25 por cada hijo. Después del 15 de julio, la matrícula será \$35 por el primer hijo y \$25 por cada hijo adicional./
There is a tuition fee for **SPiRiT**; if paid before July 15, the fee is \$25 per child. After July 15, the fee will be \$35 for the first child, and \$25 for each additional child.

Si Ud. no puede pagarla, por favor no permita que eso previene que su hijo venga a **SPiRiT**. Hable con Padre Dennis o un(a) coordinador(a) de **SPiRiT**.
If you cannot afford the fee, please do not allow this to stop you from sending your child to **SPiRiT**. Please Talk with Father Dennis or the **SPiRiT** coordinator.

----- _Uso del personal de la oficina _-----

FOR OFFICE USE

Fees paid date _____ Check# _____ Cash _____ Amount _____

Taken by _____