

Saint Joseph Religious Education Program
101 C Street
LaPorte, IN 46360

Grade: _____
Circle day of class: Mon or Wed

STUDENT NAME: _____
(Last Name) (First Name) (Middle Initial)

Address: _____

CITY: _____ **STATE** _____ **ZIP** _____

TELEPHONE: _____ **CELL PHONE:** _____

DATE OF BIRTH: _____ / _____ / _____ **PLACE OF BIRTH:** _____
(month) (day) (year) (City) (State)

FATHER'S NAME _____ **MOTHER'S NAME** _____

Was your child Baptized? YES NO

Please check here if your child was Baptized at Saint Joseph _____ **Year** _____

If your child was not baptized at Saint Joseph,

Parish of BAPTISM: _____ **City** _____

Has your child received their First Communion? YES NO

GRADE IN SCHOOL: _____

Did your child attend CCD last year? YES NO **What grade did he/she last complete?** _____

Emergency Contact Information:

Name: _____ **Phone:** _____

List any illnesses or limitations of your child that we need to be aware of: _____

FOR OFFICE USE:

Paid in full: _____

Payments: Date _____ **Amount** _____ / **Date** _____ **Amount** _____ / **Date** _____ **Amount** _____

Saint Joseph Educación Religiosa
101 C Street
LaPorte, IN 46360

Programa Grado: _____
Circule día de clase: Mon o Miér

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial de medio nombre)

Dirección: _____

CIUDAD: _____ Estado _____ Codigo postal _____

TELPOHONE: _____ CELULAR: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____
(mes) (día) (año) (Ciudad) (Estado)

NOMBRE DEL PADRE _____ NOMBRE DE MADRE _____

Fue bautizado su hijo? SÍ NO

Marque aquí si su hijo fue bautizado en San José _____ AÑO _____

Si su hijo no fue bautizado en San José,

Paroquia de bautismo: _____ Ciudad _____

¿Su hijo ha recibido su primera comunión? SÍ NO

GRADO EN LA ESCUELA: _____

¿Su hijo asistio a CCD el año pasado? SI NO ¿En qué grado el / ella completo? _____

Contacto de Emergencia:

nombre: _____ Numero: _____

Haga una lista de enfermedades o limitaciones de su hijo que tenemos que ser conscientes de:

PARA USO DE LA OFICINA:

Pagado por completo: _____

Pagos: Fecha _____ Cantidad _____ / Fecha _____ Cantidad _____ / Fecha _____ Cantidad _____