2018-19 Re-Registration Form For Grades K-8
Formulario de Re-Inscripcion para Kinder-Octavo Grado 2018-19

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Family Last Name/Apellido de Familia Parents First Name/Nombre de Padre o Madre**

**Family Parish Number: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Amount $\_\_\_\_\_\_\_\_ Check No. \_\_\_\_\_\_\_
Número Parroquial de la Familia Fecha Cantidad Nùmero de Cheque**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Address/Domicilio City/Zip Code – Ciudad y Codigo Postal**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Home Phone Number/Telefono de Casa Cell phone number Emergency Number Name
 Numero de Celular Numero de Emergencia Nombre**

 **E-Mail Address/Correo Electronico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Child’s Name/Nombre del Estudiante** | **School 2018-19/Escuela que asiste 2018-19** | **Grade/Grado** | **Parish Class** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**I attend Mass with my child at Corpus Christi 1 2 3 4 times a month (Please circle one)
Asisto a Misa con mi hijo/a en la Parroquia Corpus Christi 1 2 3 4 veces al mes. (Marque el indicado)**

**Registration Fee:** $120 for the first child and $60 for each additional child. First Communion Fee is $30 for each child. La inscripción es: $120 para el primer estudiante adicional. Primera Comunión $30 para cada estudiante.

**Medical Release/Autorización Medica**

I hereby give my permission and intend that my daughter(s)/son(s) named above, should receive treatment to be selected by the adults in charge, should any injury or illness occur between the dates of June 1, 2018 and May 30, 2019. Por la presente doy permiso y entiendo que mi hijo/a nombrado, reciba tratamiento seleccionado por los adultos encargados, en caso de que hubiera una herida/enfermedad entre las fechas del 1 de Junio, 2018 y el 30 de Mayo, 2019.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Parent’s Signature/Firma del los Padres Date/Fecha Doctor/Medical Group
 Doctor/Grupo Medico**
**Please list any allergies/medications:**
Por favor anote alergias o medicamentos