

**St Thomas The Apostle Parish**  
**Registración de la Oficina de Catequesis**  
 3774 Jackson St, Riverside, CA 92503

Apellido de la Familia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Trabajo ó Celular: Mamá \_\_\_\_\_ Papá \_\_\_\_\_  
 Apellido de soltera: \_\_\_\_\_ Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_  
 Guardián legal, si es diferente al de arriba: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Dirección de la Casa: \_\_\_\_\_ ¿Ambos padres Católicos? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Niño	Fecha de nacimiento	Sexo	Grado	Sesión	Salón	Clasé
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<b>Sacramento y Fecha:</b>	Bautizo	¿Catolico?	Eucaristía	Penitencia	Confirmación	
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	
Necesidades Especiales: médicas, de aprendizaje, físicas: _____						

Niño	Fecha de nacimiento	Sexo	Grado	Sesión	Salón	Programa Sacramental
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<b>Sacramento y Fecha:</b>	Bautizo	¿Catolico?	Eucaristía	Penitencia	Confirmación	
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	
Necesidades Especiales: médicas, de aprendizaje, físicas: _____						

Niño	Fecha de nacimiento	Sexo	Grado	Sesión	Salón	Programa Sacramental
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<b>Sacramento y Fecha:</b>	Bautizo	¿Catolico?	Eucaristía	Penitencia	Confirmación	
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	
Necesidades Especiales: médicas, de aprendizaje, físicas: _____						

Niño	Fecha de nacimiento	Sexo	Grado	Sesión	Salón	Programa Sacramental
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<b>Sacramento y Fecha:</b>	Bautizo	¿Catolico?	Eucaristía	Penitencia	Confirmación	
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	
Necesidades Especiales: médicas, de aprendizaje, físicas: _____						

Nota: En el momento de registrar a su(s) hijo(s) en la oficina por favor traer el Certificado de Bautismo del niño(a) para nuestros archivos. Gracias.

Total que debe: \$ \_\_\_\_\_ Total Pagado: \$ \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_