

Fecha:	# Registro:	Turno:
--------	-------------	--------

Apellido (paterno) de los niños:	Apellido (materno) de los niños:
----------------------------------	----------------------------------

Domicilio: # calle,	Ciudad,	Estado	Código Postal	# Celular:	& # Celular:
---------------------	---------	--------	---------------	------------	--------------

Información de los Padres:					
Nombre del padre	Religión	Fecha de Nacimiento	Ocupación	Casados x la Iglesia	Si / No

<i>Correo electrónico del padre:</i>					
Nombre del la madre apellido de soltera	Religión	Fecha de Nacimiento	Ocupación	Casados x Civil	Si / No

Por favor anote el NOMBRE de los alumnos que ESTARAN asistiendo a clases.

Nombre	Fecha Nacimiento	Edad	Grado escolar en Sep.	Bautismo	Reconciliación (1er. Año)	Ira. Comunión (2do. Año)	Confirmación	Clase / Turno / #Salon <i>Para uso de Oficina</i>
				Si/No NB/BNV	Si/No	Si/No	Si/No	Rec./PC/Conf. 1-2
				Si/No NB/BNV	Si/No	Si/No	Si/No	Rec./PC/Conf. 1-2
				Si/No NB/BNV	Si/No	Si/No	Si/No	Rec./PC/Conf. 1-2
				Si/No NB/BNV	Si/No	Si/No	Si/No	Rec./PC/Conf. 1-2
				Si/No NB/BNV	Si/No	Si/No	Si/No	Rec./PC/Conf. 1-2
				Si/No NB/BNV	Si/No	Si/No	Si/No	Rec./PC/Conf. 1-2
				Si/No NB/BNV	Si/No	Si/No	Si/No	Rec./PC/Conf. 1-2

Nombre	Condición medica	Cual	Alergias	Lentes	Necesidad especial	Medicina
	Si / No			Si / No		
	Si / No			Si / No		
	Si / No			Si / No		
	Si / No			Si / No		

Por favor indíquenos si el alumno padese, por ejemplo de: aprendizaje lento o hiperactividad, etc. Si tendrá que presentar documentos médicos y/o escuela.
 Explicación breve: _____

Cobertura Médica

Nombre	Nombre de Aseguranza	# de Aseguranza	Doctor & # Tel.

****En Caso de Emergencia** (ponga su primer contacto primero) Por favor NO Padres**

Nombre	# de Teléfono	Parentesco con alumno

Existe alguna orden de restricción? Si/ No Contra alguien que por Ningún Motivo se le puede entregar a su(s) hijo(s). Deberá presentar copia de documento legal.

Nombre:

Parentesco con alumno(s):

Notas