

Escuela Católica St. James

Información de Perfil Familiar 2017-2018

(Por favor escriba claramente)

_____ **Apellidos de Niños que asistirán a la escuela**
 _____ **Nombre o Apellido de Familia** (si es diferente al del niño)

Información del Estudiante Pre escolar – 5th Grado

Nombre legal del Niño/Niña (Primer Nombre, Inicial del 2do Nombre y Apellido)	Grado en Septiembre 2017	Hombre/Mujer	Fecha de Nacimiento

Información de los Padres o Guardianes

Nombre/Papa		Nombre/Mama	
Domicilio		Domicilio	
Ciudad, Estado, y Código Postal		Ciudad, Estado, y Código Postal	
Teléfono	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Cel ()	Teléfono	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Cel ()
Teléfono	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Cel ()	Teléfono	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Cel ()
Teléfono	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Cel ()	Teléfono	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Cel ()
Correo electrónico		Correo electrónico	
Directorio de correo electrónico	Por favor indique aquí si desea recibir correos electrónicos. SI ___ NO ___	Directorio de correo electrónico	Por favor indique aquí si desea recibir correos electrónicos. SI ___ NO ___
Empleador		Empleador	
Ocupación		Ocupación	
Raza Étnica/Origen Racial	W-Caucásico H-Hispano B-Afro. American M-Multi-Racial A-Asiático/Islands des Pacifico I-Indio Americano/Native de Alaska	Raza Étnica/Origen Racial	W-Caucásico H-Hispano B-Afro. American M-Multi-Racial A-Asiático/Islands des pacifico I-Indio Americano/Nativo de Alaska

Información Familiar

Los Niños viven con (Por favor indique los que correspondan):

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Madre y Padre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padres Separados |
| <input type="checkbox"/> Padres Divorciados-Custodia Mutua | | <input type="checkbox"/> Padres Divorciado-Padre Tiene Custodia | |
| <input type="checkbox"/> Padres Divorciados-Madre Tiene Custodia | | <input type="checkbox"/> Otra: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Madre Fallecida | <input type="checkbox"/> Padre Fallecido | | |

Idioma hablado en casa _____

Si eres Nuevo en nuestra Escuela y Parroquia por favor indica quien te recomendó.

_____ **Apellidos de Niños que asistirán a la escuela**
_____ **Nombre o Apellido de Familia** (si es diferente al del niño)

Información de la Parroquia a la que asiste y Escuela Publica

Parroquia: (Por favor indique aquí a que parroquia asiste y religión) <input type="checkbox"/> Católico <input type="checkbox"/> No Católica <input type="checkbox"/> Bautizado	Cual Parroquia: En donde fueron sus hijos bautizados:
Escuela Pública / Distrito: (Por favor indique aquí si su hijo/hija no asistirá a esta escuela y cuál será la escuela a la que asistirá)	Escuela: _____ Distrito: _____

Autorización para publicar fotografías de sus hijos: *(Por favor indique sí o no desea que sean publicadas)*

SI NO

Autorizo a mi hijo/hija para ser fotografiado, grabado en video o audio grabado en relación con el programa de actividades de educación le escuela St. James. Doy mi consentimiento para la exhibición pública de tales fotografías, cintas de audio o imágenes, en forma impresa o en los sitios web en relación con la escuela St. James y la Arquidiócesis actividades de Oregón.

Nombre en letra Molde del la Mama _____ **Firma** _____

Nombre en letra Molde del Papa _____ **Firma** _____

Información de sus Sacramentos

(Por favor indique todos los sacramentos que su hijo/hija a obtenido)

Apellido del Estudiante: _____ **Primer Nombre:** _____ **Segundo:** _____

Sacramentos recibidos:

___ Bautismo Fecha: _____ Iglesia: _____ Ciudad/Estado: _____
___ 1ra Comunion Fecha: _____ Iglesia: _____ Ciudad/Estado: _____
___ Reconciliación Fecha: _____ Iglesia: _____ Ciudad/Estado: _____

Apellido del Estudiante: _____ **Primer Nombre:** _____ **Segundo:** _____

Sacramentos recibidos:

___ Bautismo Fecha: _____ Iglesia: _____ Ciudad/Estado: _____
___ 1ra Comunion Fecha: _____ Iglesia: _____ Ciudad/Estado: _____
___ Reconciliación Fecha: _____ Iglesia: _____ Ciudad/Estado: _____

Apellido del Estudiante: _____ **Primer Nombre:** _____ **Segundo:** _____

Sacramentos recibidos:

___ Bautismo Fecha: _____ Iglesia: _____ Ciudad/Estado: _____
___ 1ra Comunion Fecha: _____ Iglesia: _____ Ciudad/Estado: _____
___ Reconciliación Fecha: _____ Iglesia: _____ Ciudad/Estado: _____

Apellido del Estudiante: _____ **Primer Nombre:** _____ **Segundo:** _____

Sacramentos recibidos:

___ Bautismo Fecha: _____ Iglesia: _____ Ciudad/Estado: _____
___ 1ra Comunion Fecha: _____ Iglesia: _____ Ciudad/Estado: _____
___ Reconciliación Fecha: _____ Iglesia: _____ Ciudad/Estado: _____