

Religious Education Application
Aplicacion – servicios de education religiosa
Saint Francis Borgia Deaf Center 2011-2012

Student's Name/Nombre del estudiante: _____

Address/direccion: _____

City/cuidad: _____, IL Zip/zona-posta: _____

_____ Deaf/sordos _____ H-H/duros de oido _____ Hearing/oyente

_____ Cochlear Implant/ implante cochlear When implanted/quando? _____

Languages:

_____ English _____ Spanish _____ Sign _____ Fingerspelling _____ Cued Speech

_____ Other/otro

Phone/telefono: _____ email/carta elect: _____

Emergency contact/persona en emergencia: _____

Emergency Phone/telefono en emergencia: _____

Birthdate/Fecha de naimiento: _____ City of birth/lugar: _____

Date of Baptism/fecha de bautizmo: _____

Parish of Baptism/Parroquia Bautizado: _____

Confirmation/confirmacion: _____ Yes/Si _____ No

Date of Confirmation/fecha de confirmacion: _____

Parish of Confirmation/Parroqua confirmacion: _____

School the students attends/escuela donde actualmente ca el nino/a: _____

Grade for this fall/grado en escuela _____

Brothers and Sisters/Hermanos y hermanas: _____

(continued/mas al dorso)

If child signs, who else in the family signs?

Si el niño/a hace señas, quien hace señas en la familia?

Names of parents/Guardians/Nombre de los padres/encargado:

Religion of Parents/Guardians/Religion de los padres/encargado:

Mother/Madre: _____

Father/Padre: _____

If divorced or separated, who has custody?

Si estan divorciados o separados, quien custodia del niño/a? _____

(in cases of divorces/separations, we honor the legal custody laws and require custody proof for our files)

(En caso de divorcio o separacion, mantenemos las leyes concernientes a la custodia legal y necesitamos la hoja de referencia a la custodia para nuestros archivos)

Should reports be sent to an parent at another address?/otra direccion para reportes?:

Yes, _____ No _____

Name and address to send to/nombre y direccion: _____

Child's special medical conditions (e.g. diabetes, seizures, ADD, etc...):

El niño cualquier problema de salud que debemos saber (ej. Diabetes, ataques epilepticos, orto):

Signature of Parents/Guardians/Firma del Padres/Encargado:

_____ date/fecha: _____

_____ date/fecha: _____