

St. Stanislaus Catholic Church
Bandera, TX 78003
Registro de Educación Religiosa
Grados K-12

La Fecha: _____

Nombre _____	(Fecha de Nacimiento) DOB _____	Grado _____
Fecha de Bautismo: _____	Parroquia, Ciudad _____	
Fecha de Reconciliación: _____	Parroquia, Ciudad _____	
Fecha de Comunión: _____	Parroquia, Ciudad _____	
Fecha de Confirmación: _____	Parroquia, Ciudad _____	
Alergias/Necesidade Especiales/Necesidade de Salud _____		

Nombre _____	(Fecha de Nacimiento) DOB _____	Grado _____
Fecha de Bautismo: _____	Parroquia, Ciudad _____	
Fecha de Reconciliación: _____	Parroquia, Ciudad _____	
Fecha de Comunión: _____	Parroquia, Ciudad _____	
Fecha de Confirmación: _____	Parroquia, Ciudad _____	
Alergias/Necesidade Especiales/Necesidade de Salud _____		

Nombre _____	(Fecha de Nacimiento) DOB _____	Grado _____
Fecha de Bautismo: _____	Parroquia, Ciudad _____	
Fecha de Reconciliación: _____	Parroquia, Ciudad _____	
Fecha de Comunión: _____	Parroquia, Ciudad _____	
Fecha de Confirmación: _____	Parroquia, Ciudad _____	
Alergias/Necesidade Especiales/Necesidade de Salud _____		

Nombre _____	(Fecha de Nacimiento) DOB _____	Grado _____
Fecha de Bautismo: _____	Parroquia, Ciudad _____	
Fecha de Reconciliación: _____	Parroquia, Ciudad _____	
Fecha de Comunión: _____	Parroquia, Ciudad _____	
Fecha de Confirmación: _____	Parroquia, Ciudad _____	
Alergias/Necesidade Especiales/Necesidade de Salud _____		

Nombre _____	(Fecha de Nacimiento) DOB _____	Grado _____
Fecha de Bautismo: _____	Parroquia, Ciudad _____	
Fecha de Reconciliación: _____	Parroquia, Ciudad _____	
Fecha de Comunión: _____	Parroquia, Ciudad _____	
Fecha de Confirmación: _____	Parroquia, Ciudad _____	
Alergias/Necesidade Especiales/Necesidade de Salud _____		

Nombre _____	(Fecha de Nacimiento) DOB _____	Grado _____
Fecha de Bautismo: _____	Parroquia, Ciudad _____	
Fecha de Reconciliación: _____	Parroquia, Ciudad _____	
Fecha de Comunión: _____	Parroquia, Ciudad _____	
Fecha de Confirmación: _____	Parroquia, Ciudad _____	
Alergias/Necesidade Especiales/Necesidade de Salud _____		

¿Cuál Misa asiste tu familia?: _____

Firma de Padre/Madre/Tutor: _____

Padre/Tutor: _____ **Religión:** _____

Madre/Tutor: _____ **Religión:** _____

Teléfono: _____ **Móvil:** _____ **Texto:** Y N

Teléfono: _____ **Móvil:** _____ **Texto:** Y N

Correo Electrónico: _____

Correo Electrónico: _____

Dirección de Casa: _____

Dirección de Casa: _____

Contacto de Emergencia: _____ **Teléfono:** _____

Cuota (\$15/Niño o \$30/Familia)

Fecha: _____ **Cantidad:** _____ **Cheque #:** _____ **Dinero**